

26–28 НОЯБРЯ 2019 ГОДА



XII ВСЕРОССИЙСКИЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



М+Э МЕДИ Экспо

Материалы конгресса

Конгресс включен в Приказ Минздрава России
www.mediexpo.ru, www.ncagip.ru

КОНГРЕСС ЦЕНТР

ХII ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

М., 2019 – 80 с.

Под редакцией:

д.м.н. Зубкова В.В.,

д.м.н. Пырегова А.В.

к.м.н. Бурова А.А.

Калачина К.А.

26–28 ноября 2019 года

г. Москва

ISBN 978-5-906484-46-8

© «МЕДИ Экспо», 2019



Анестезиология- реаниматология

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Клепикова А.А., Левченко М.В.,
Пивоварчик С.Н.

ООО «Центр репродукции человека и ЭКО»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Оценить возможность коррекции гемостаза у пациенток с тяжелыми формами синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ).

Материалы и методы

В нашем исследовании был проведен анализ обследования и лечения 19 пациенток с тяжелой формой синдрома гиперстимуляции яичников. Критериями включения в исследование было наличие следующих симптомов: асцит, олигурия, гипопротеинемия, гемоконцентрация, увеличение яичников более 10 см и уровень E2 более 4000 пг\мл.

Результаты

Анализ проведенных исследований показал, что у всех пациенток с тяжелой формой СГЯ выявлены выраженные нарушения гомеостаза: стойкая гемоконцентрация (гематокрит до 51%), лейкоцитоз (до 21×10^9 л), тромбоцитоз (до 354×10^9 л), гипопротеинемия (общий белок до 42 г\л и альбумин до 22 г\л), снижение диуреза (до 500 мл в сутки), умеренные нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состава крови. Кроме этого, у всех пациенток мы наблюдали выраженные расстройства системы гемостаза в виде стойкой гиперкоагуляции: уровень фибриногена достигал до 6–7 г\л, РФМК до 12 мг, Д-димер до 6500 нг\мл). Проводилась комплексная интенсивная терапия с использованием низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в максимальных дозировках, нутритивная поддержка (лечебные питательные смеси), инфузионная терапия (альбумин, кристаллоидны, коллоиды), аппаратная переме-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

жающаяся пневматическая компрессия нижних конечностей (ППК), а также эвакуация асцитической жидкости (от 3 до 5 удалений). На фоне лечения наблюдалось улучшение состояния у 15 женщин, однако у 4 отмечалось ухудшение состояния и самочувствия уже через 18–27 часов, с усилением гиперкоагуляции после очередного удаления внутрибрюшной жидкости. Отсутствие возможности достичь коррекции гемостаза у этих пациенток свидетельствует о значительном дисбалансе системы гемостаза (повышенная свертываемость и низкая фибринолитическая активность крови). Неудачи экстракорпорального оплодотворения многие авторы связывают с повышенной склонностью к свертыванию крови и снижению фибринолитической активности крови. В связи с этим для потенцирования эффектов НМК мы использовали метод ППК нижних конечностей, что позволило быстрее стабилизировать показатели гемостаза.

Заключение

Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что использование препаратов НМК в максимальной лечебной дозе в комплексе интенсивной терапии не всегда приводит к коррекции нарушений гемостаза, в связи с чем целесообразно дополнительно использовать метод перемежающейся компрессии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ ОБЕЗОЛИВАНИЯ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ЯИЧЕК ПРИ АЗООСПЕРМИИ

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Шестель А.Н., Пивоварчик С.Н.

ООО «Центр репродукции человека и ЭКО»

г. Ростов-на-Дону

Цель

Сравнительное изучение двух видов анестезии тотальной внутривенной анестезии и спинальной анестезии, при проведении операции открытая биопсия яичек у мужчин с бесплодием.

Материалы и методы

Проведено клиничко-лабораторное обследование 127 мужчин с бесплодием в возрасте 24–57 лет. Пациентам 1 группы (32 мужчин) проводилась тотальная внутривенная анестезия (ТВА). Во 2 группе (95 мужчин) проводилась спинальная анестезия

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

без предварительной премедикации, с использованием бупивакаина в дозе 0,5% 10–15 мг, уровень пункции L2 – L4.

Результаты

Исходное состояние пациентов до операции в обеих группах оценивали как удовлетворительное, у всех отмечались стабильные показатели гемодинамики, без каких-либо нарушений функции жизненно-важных органов. При проведении ТВА у всех пациентов 1 группы (фентанила, сибазона, пропофола, кетамина) наблюдались стабильные гемодинамические показатели, однако у 7 мужчин этой группы во время анестезии и в раннем послеоперационном периоде отмечались подъемы АД в пределах 137–145 мм рт ст и тахикардия до 97 ударов в минуту., время пробуждения у пациентов 1 группы составило 27–58 минут. Во 2 группе пациентов спинальная анестезия (бупивакаина в дозе 0,5% 10–15 мг, уровень пункции L2 – L4) вызывала достаточный моторный и сенсорный блок, не требовала дополнительного введения опиоидов и стабильные гемодинамические показатели как во время, так и в послеоперационном периоде. Кроме того, пациенты 2 группы отмечали хорошее самочувствие и отсутствие каких-либо жалоб во время и после операции. Величина кровопотери в обеих группах составила 15–45 мл.

Заключение

Результаты исследований позволяют сделать вывод о том, что оба метода анестезии показали достаточный уровень защиты от хирургической агрессии и могут быть использованы при операции открытая биопсия яичек, однако проведение спинальной анестезии обеспечивает более стабильные показатели гемодинамики и отсутствие жалоб.



БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТКАМ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Беляева А.С., Калачин К.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Согласно клиническим рекомендациям (протокол лечения) «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.» от 2016 года, длительность магниезиальной терапии с целью профилактики ранней эклампсии составляет минимум 48 часов, следовательно, это время пациент находится в условиях постельного режима в палате реанимации, что не соответствует концепции Fast-track. В последние 5 лет, согласно внутреннему протоколу в ФГБУ «НМИЦАГП им. В.И.Кулакова», профилактику ранней эклампсии проводят минимум в течение 24 часов.

Цель

Оценка безопасности и эффективности введения сернокислой магнeзии в течение 24 часов пациенткам после родоразрешения с диагнозом тяжелая преэклампсия.

Материалы и методы исследования

Ретроспективное исследование. Было проанализировано 190 историй родов пациенток с диагнозом тяжелая преэклампсия, которым в послеродовом периоде проводилась магниезиальная терапия в течение 24 часов. Критерии исключения: наличие онкологических заболеваний ЦНС, любая форма эпилепсии в анамнезе, возраст более 45 лет, продолжительность магниезиальной терапии более 24 часов.

Полученные результаты

После исключения в исследовании вошли 163 истории родов. По результатам анализа ни у одной пациентки, кому проводилась магниезиальная терапия в течение 24 часов, не было развития эклампсии в послеродовом периоде.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Заключение

Применение магнезиальной терапии в течение 24 часов пациенткам в послеродовом периоде с диагнозом тяжелая преэклампсия является безопасным и эффективным для профилактики развития эклампсии. Это снижает длительность инфузионной терапии, способствует более ранней активизации и сокращает время госпитализации без дополнительного риска развития эклампсии.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Владимирова Н.С., Трошин П.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Спинальная анестезия в настоящее время широко используется в акушерской практике и является одним из самых популярных методов регионарной анестезии, что, несомненно, актуализирует тему осложнений этого метода обезболивания, в том числе проблему артериальной гипотензии при развитии синдрома аорто-кавальной компрессии. Наибольшее сдавление сосудов брюшного пространства возникает в положении женщины на спине, и именно в этом положении, чаще всего и проявляется данный синдром такими симптомами как головокружение, слабость, тошнота и одышка, которые проходят при повороте женщины на бок. Анестезиолог-реаниматолог должен не только своевременно выявить эти симптомы и устранить их, но и принять профилактические меры, такие как например поворот беременной на левый бок, который является наиболее простым и хорошо действующим методом профилактики компрессионного синдрома.

Цель

Определить наиболее оптимальное положение пациентки на операционном столе без развития симптомов аорто-кавальной компрессии при проведении кесарева сечения в условиях спинальной анестезией методом позиционирования пациентки (изме-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

нением угла наклона стола, либо подкладыванием валика под правый бок), вместе с применением альфа-адреномиметиков (Фенилэфрин).

Материалы и методы исследования

В экспериментальном, проспективном, выборочном исследовании участвовали 30 женщин, как первородящих, так и повторнородящих, с одноплодной беременностью сроком 34–40 недель у которых методом родоразрешения было выбрано кесарево сечение. Из них было сформировано три исследуемые группы для сравнительного анализа, различающихся по положению и углу наклона на операционном столе: 1 группа – наклон стола 15° при использовании Фенилэфрина; 2 группа – наклон стола 30° без использования Фенилэфрина; 3 группа – коррекция положения с помощью подкладывания валика при использовании Фенилэфрина. Используя метод сравнительного анализа, проводилась оценка зависимости между степенью поворота пациенток на левый бок и их состоянием, а именно: показателями гемодинамики (АД, пульс) и наличием потребности в вазопрессорах.

Полученные результаты

Изучено влияние позиционирования стола и пациента на профилактику проявления синдрома аорто-кавальной компрессии. 1 группа – среднее значение артериального давления от 99/61 до 132/82 и пульса от 74 до 98, при этом оценка родившихся детей по шкале Апгар 8–8 баллов; 2 группа – среднее значение артериального давления от 96/63 до 128/79 и пульса от 71 до 93, при этом оценка родившихся детей по шкале Апгар 8–9 баллов; 3 группа – среднее значение давления от 94/61 до 129/82 и пульса от 68 до 96, при этом оценка родившихся детей по шкале Апгар 8–8 баллов.

Заключение

На основании всего выше изложенного можно сделать вывод о том, что только угол наклона стола 30° и выше оказывает прямое положительное влияние на профилактику сдавления сосудов, а угол наклона 15°–29° и позиционирование пациенток при помощи валика (26°–28°) не дает положительного эффекта без дополнительного применения альфа – адреномиметиков (Фенилэфрина). В последующем планируется применение данного метода в медицинской практике.



МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ- РЕАНИМАЦИИ НМИЦ АГП ИМ В.И. КУЛАКОВА ЗА 2017–2019 ГГ.

Диков А.В., Пырегов А.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»*

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

В практике современной хирургии, особое внимание уделяется вопросам антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии послеоперационных инфекционно-септических осложнений. Большинство современных нозокомиальных (внутрибольничных) инфекций развивается вследствие инфицирования пациентов госпитальными штаммами микроорганизмов (бактерий и грибов), характеризующихся полирезистентностью к антибиотикам. Данные РЕВАНШ показали, что нозокомиальные инфекции в российских отделениях реанимации наиболее часто вызывают представители энтеробактерий (34,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (27,3%), *S. aureus* (18,8%), *Acinetobacter* spp. (20,4%) и энтерококки (5,7%). По результатам зарубежных исследований, на долю грамотрицательных бактерий приходилось около 60% всех нозокомиальных инфекций, грамположительных – 30–35%, грибов – 5–10%. Интраабдоминальная инфекция (ИАИ) как послеоперационное осложнение в хирургии представляет актуальную проблему, поскольку летальность при этой патологии варьирует от 3,5% при пенетрации брюшной полости до 85% у больных с абдоминальным сепсисом. При нозокомиальной природе ИАИ, в частности перитонита, помимо ведущей роли представителей семейства *Enterobacteriaceae* в ассоциации с анаэробами, спектр возбудителей является менее предсказуемым, чем при внебольничных ИАИ. Он, как правило, расширен за счет грамотрицательных неферментирующих бактерий (НФГБ) – *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, энтерококков, других энтеробактерий (*Proteus* spp. *Klebsiella pneumoniae*). Основным показанием к АБТ интраабдоминальных инфекций является развитие местного или генерализованного перитонита, которые требуют безотлагательной адекватной предоперацион-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

ной, периоперационной АБТ и сразу после хирургического вмешательства, направленного на удаление источника инфекции или его дренирование

Цель

Провести анализ микробиологического мониторингования с целью оптимизации антимикробной профилактики и лечения больных с послеоперационными инфекционно-септическими осложнениями при хирургическом вмешательстве.

Материалы и методы исследования

Было выполнено ретроспективное исследование 20 историй болезни пациентов с клиническими проявлениями инфекционно-воспалительных осложнений, получавших лечение в период пребывания в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР) Центра и ранний послеоперационный период в следующих отделениях: оперативной гинекологии, общей хирургии, онкогинекологии.

Материалом для исследования служили посевы и чувствительность к антибиотикам следующих сред: кровь, мазки со слизистой трахеи и ран, моча, отделяемое бронхоальвеолярного лаважа, смыв с центрального венозного и других катетеров, отделяемое трахеостомы, мокрота, плевральная жидкость, ликвор и др.

Полученные результаты

Анализ показал, что при грамположительной кокковой инфекции в качестве препаратов выбора могут рассматриваться антибиотики, активные в отношении резистентной кокковой микрофлоры – ванкомицин, линезолид, тигециклин, амоксициллин + клавуланат.

Подавляющее большинство грамотрицательных бактерий, вызывающих НИ, характеризуются полирезистентностью. Круг выбора препаратов для монотерапии синегнойной инфекции представлен карбапенемами с антисинегнойной активностью (имипенем + циластатин, меропенем) и цефалоспорины III поколения с антисинегнойной активностью (цефоперазон + сульбактам). Комбинированная терапия представлена сочетанием цефалоспоринов III-IV поколения или фторхинолонами с антисинегнойной активностью (левофлоксацин). В случае ацинетобактерной инфекции препаратами выбора являются полимиксины В и Е (как в монотерапии, так и в сочетании с монобактамами (Азтреонам) с целью потенцирования антисинегнойного эффекта полимиксина.

Заключение

В условиях нарастающей полирезистентности к АБ во всем мире, требуется непрерывное мониторирование внутрибольничной флоры и её чувствительности к АБ с целью наиболее оптимального выбора эмпирической антибиотикотерапии до резуль-



татов посева биологических сред. В дальнейшем, проведение эффективной антимикробной терапии основывается на таких принципах, как: корректная идентификация выделенного возбудителя и использование правильно подобранного оптимального (или минимально достаточного) набора антибиотиков для тестирования чувствительности и последующей интерпретации полученных результатов.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА ГОЛОВКУ. ЧТО НОВОГО?

Дроздов Р.Г., Логунко К.П.

ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом».

г. Ухта

Актуальность

Наружный акушерский поворот плода на головку (НАПГ) уменьшает общую частоту кесарева сечения (на 2%) и частоту кесарева сечения при тазовом предлежании плода (на 50%). Эффективность НАПГ составляет 60–70%. Вопрос обезболивания НАПГ не теряет своей актуальности, несмотря на имеющиеся данные о применении отдельных методов для анальгезии данного акушерского пособия. Страх возникновения боли удерживает беременных женщин от согласия на выполнение попытки НАПГ. Болеутоление может способствовать увеличению показателей успеха НАПГ, а также повысить комфорт и итоговую удовлетворённость пациенток, в том числе за счет уменьшения напряжения и большей податливости мышц передней брюшной стенки. В данном контексте, блокада квадратной мышцы поясницы, имея широкую зону анальгезии передней брюшной стенки (от Th7 до L1), по нашему мнению, может зарекомендовать себя как один из методов обезболивания НАПГ.

Цель

Оценить эффективность блокады квадратной мышцы поясницы (БКМП) под ультразвуковой навигацией (УЗН) для обезболивания наружного акушерского поворота плода на головку (НАПГ).

Материалы и методы исследования

В период с 27.10.17 года по 19.09.19 года выполнено 28 попыток НАПГ (n=28). Анальгезия: БКМП под УЗН (0,375% ропивакаин – 0,2 мл/кг билатерально). Профилактика синдрома аорто-кавальной компрессии: во время манипуляции (БКМП под УЗН) использова-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

лось положение пациентки на боку (левый/правый). Мониторинг состояния беременной (гемодинамика, дыхание, сатурация кислорода) и плода (КТГ+УЗИ). Критерии оценки: успешность попытки НАПГ, уровень боли во время акушерского пособия по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) от 0 до 10 баллов, условия выполнения НАПГ, комфорт пациентки, итоговая удовлетворённость обезболиванием, рекомендации другим беременным (которым запланирована попытка НАПГ), осложнения.

Полученные результаты

Из 100% (n=28) попыток НАПГ успешно завершилось 60,7% (n=17), неудачно – 39,3% (n=11). Жизненно – важные функции беременных были стабильными, состояние плодов не страдало. Уровень боли при выполнении НАПГ оценен пациентками в среднем на $2,81 \pm 1,19$ балла по ЦРШ, что подтверждает эффективность БКМП. Во всех случаях (n=28) беременные остались довольны болеутолением, заявив, что “без анальгезии было бы более дискомфортно и больно”. Акушеры – гинекологи, в свою очередь, отметили улучшение условий для выполнения НАПГ (достаточную податливость и меньшее напряжение мышц ПБС). Все пациентки порекомендовали бы своим соседкам по палате с тазовым предлежанием плода соглашаться на попытку НАПГ с БКМП под УЗН. Осложнений не было.

Заключение

БКМП под УЗН для обезболивания НАПГ имеет достаточный анальгетический потенциал, повышает комфорт и итоговую удовлетворённость пациенток, оптимизирует условия выполнения данного акушерского пособия, перспективна к использованию, так как делает попытку НАПГ прогностически более благоприятной.



ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Коваленко А.И., Качлишвили Н.В., Карнаухов А.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»*

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Инфузионная терапия – метод восстановления объема и состава внеклеточного и внутриклеточного водного пространства организма с помощью парентерального введения жидкости, является одним из важнейших методов поддержания гомеостаза и коррекции его нарушений в пери – и послеоперационном периоде. Растворы для инфузионной терапии делят на 2 категории: кристаллоиды (0,9% NaCl, Стерофундин, р-р Рингера и др.), коллоиды (ГЭК, Гелофузин, Альбумин и др.). Во время длительных хирургических вмешательств, сопровождающихся значительной кровопотерей, гемодинамическими и другими нарушениями гомеостаза, возникают показания для использования коллоидных растворов. Возникает вопрос, какой коллоид выбрать. Основная масса споров ведется по поводу использования естественных коллоидов (р-ры Альбумина) и искусственных (ГЭКи, желатины и др.). Учитывая, что во время обширных хирургических вмешательств может происходить массивная кровопотеря, в том числе, потеря белка, казалось бы, что наиболее предпочтительным коллоидом в подобных ситуациях будут р-ры Альбумина. Но согласно многочисленным исследованиям, общего мнения на этот счет не существует. Так как несмотря на большое количество исследований и мета-анализов, консенсуса по данному вопросу нет, в данном исследовании будет проводиться сравнительный анализ действия 5% раствора Альбумина и Гелофузина во время длительных хирургических вмешательств.

Цель

Оптимизировать периоперационную инфузионную терапию при длительных хирургических вмешательствах путем сравнительного применения, на фоне введения кристаллоидных растворов, коллоидных растворов – Гелофузина и 5% р-ра Альбумина.

Материалы и методы исследования

В проспективное исследование были включены пациентки (n=20), которым в плановом порядке проводилась операция – циторедукция, длительностью более 2 часов,

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

под сочетанной анестезией (общая многокомпонентная эндотрахеальная анестезия + эпидуральная анестезия), имеющие показания для инфузии коллоидных растворов. Первой группе пациентов ($n=10$) проведена стандартная инфузионная терапия растворами кристаллоидов и Гелофузина, вторая группа пациентов ($n=10$) получала кристаллоидные растворы в сочетании с 5% Альбумином. В двух группах будет сравниваться периоперационная и послеоперационная гемодинамика, уровень общего белка и альбумина в плазме крови, течение послеоперационного периода.

Полученные результаты

При сравнении показателей пери- и послеоперационной гемодинамики, диуреза, интраоперационной кровопотери – отличий не получено. Единственным статистически значимым отличием было содержание общего белка ($56,2 \pm 2,7$ г/л в группе 1 vs. $49,6 \pm 4,6$ г/л в группе 2) и альбумина (36 ± 3 г/л в группе 1 vs. $29,1 \pm 6$ г/л в группе 2) в плазме крови.

Заключение

Инфузионная терапия с применением 5% Альбумина может быть оправдана у пациентов с исходной гипопротеинемией, гипоальбуминемией и при длительных хирургических вмешательствах.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Когаринова Е.В., Белов А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Гипотензия, возникающая при операции кесарево сечение – достаточно распространенный побочный эффект после спинальной анестезии. Длительная гипотензия может приводить к нарушению перфузии органов, нарушению маточно-плацентарного кровотока, потере сознания, значимым гемодинамическим нарушениям

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

со стороны матери и к гипоксии со стороны плода. Своевременная пре- и коинфузия кристаллоидных и коллоидных растворов согласно последним исследованиям является одним из способов профилактики и лечения материнской гипотензии. Однако до сих пор не сложилось определенного мнения, какая методика инфузионной терапии является наиболее оптимальной в этой ситуации.

Цель

Сравнение эффективности различных схем инфузионной профилактики гемодинамических изменений у пациенток, перенесших операцию кесарева сечения в условиях спинальной анестезии, с предварительной инфузией растворов Стерофундина и 5% Альбумина, либо коинфузии раствора Стерофундина.

Материалы и методы исследования

В проспективное исследование были включены 45 рожениц, разделенных на 3 группы по 15 человек: 1 группа – преинфузия 500 мл Стерофундина, 2 группа – коинфузия 500 мл Стерофундина, 3 группа – преинфузия 5% альбумина 250 мл. Критерии включения в группы: доношенный срок беременности (38–40 недель), возраст от 20 до 40 лет, плановое кесарево сечение по методике поперечного надлобкового чрево-сечения, отсутствие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Критерии исключения из групп: развитие поздней преэклампсии, выраженный аортокавальный синдром, развившееся гипотоническое или гипокоагуляционное кровотечение в процессе кесарева сечения, кровопотеря более 900 мл, кесарево сечение по экстренным показаниям, длительность операции менее 25 и более 50 минут. Всем пациенткам проводилась стандартная предварительная подготовка с исключением пищи за 8 часов и жидкости за 4 часа до операции, эластическая компрессия нижних конечностей, антибиотикопрофилактика за 30 минут до операции. Выполнялась спинальная анестезия иглой 25 G, использовался 0,5% гипербарический бупивакаин в дозировке 10–12 мг (в зависимости от роста пациентки), утеротоническая поддержка окситоцином 5 МЕ. Выполнялась оценка систолического артериального давления, диастолического артериального давления, ЧСС, SpO₂, оценка уровня лактата и pO₂ венозной крови роженицы, интраоперационный диурез, общий объем инфузии в мл на кг веса, количество введенного фенилэфрина в мг, интраоперационная кровопотеря, распространенность тошноты и рвоты.

Полученные результаты

Между 1 и 2 группами не было выявлено существенных различий в частоте возникновения гипотонии 66,7% и 64,3% соответственно и в дозировках вводимого фенилэфрина $0,65 \pm 0,05$ мг в 1 группе и $0,75 \pm 0,05$ мг во 2 группе, интраоперационной инфузии

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

кристаллоидов 15 мл/кг в 1 и 2 группе. Также распространенность тошноты и рвоты составила 40% и 33,4%, интраоперационный диурез $110 \pm 47,1$ мл и $110 \pm 54,2$ мл и кровопотеря $700 \pm 81,4$ мл и $690 \pm 80,6$ мл в 1 и 2 группах соответственно. В 3 группе по сравнению с предыдущими отмечалось достоверное снижение частоты возникновения гипотонии 43,7% ($p < 0,01$), дозировок вводимого фенилэфрина $0,35 \pm 0,05$ мг, последующей интраоперационной инфузии кристаллоидов 10 мл/кг, распространенности тошноты и рвоты почти в 2 раза 22%. Интраоперационная кровопотеря составила $630 \pm 81,9$ мл, отмечалось незначительное увеличение интраоперационного диуреза $130 \pm 49,3$ мл. Изменения ЧСС, SpO₂, лактата и pO₂ крови роженицы по отношению ко всем трем группам были недостоверными и находились в пределах референсных значений.

Заключение

Назначение альбумина в преинфузию при проведении операции кесарева сечения являлось более эффективным методом для профилактики гипотензии. Можно считать 5% альбумин идеальным изоонкотическим коллоидом: он не влияет на коагуляцию, редко вызывает аллергические реакции. Данный коллоид рекомендуется назначать пациенткам с исходными изменениями системы гемостаза, тромбофилиями, вазо-вагальными обмороками в анамнезе, исходной гипотонией. Вместе с тем стоит учитывать высокую стоимость препарата и следует взвешенно подходить к его назначению.

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ МОНИТОРИНГА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПУТЕМ НЕИНВАЗИВНОГО ИЗМЕРЕНИЯ ETCO₂

Корниенко А.В., Хмыров Д.Е.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Парциальное давление углекислого газа в выдыхаемом воздухе (PEtCO₂) является одним из важнейших показателей, характеризующий вентиляционно-перфузионные соотношения. Отказ или невозможность мониторинга парциального давления угле-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

кислого газа, влекут за собой такие последствия как респираторный ацидоз (гиперкапния) или респираторный алкалоз (гипокапния). Однако, не смотря на такие угрожающие ситуации мониторинг парциального давления углекислого газа практически не возможен при малоинвазивных вмешательствах (колоноскопия или гастроскопия), пациентам при внутривенном наркозе, так как пациент не интубирован, а находится на самостоятельном дыхании. В норме разница между $P_{Et}CO_2$ и P_aCO_2 существует, однако ее величина достигает лишь нескольких мм рт. ст., это означает, что в большинстве случаев $P_{Et}CO_2$ служит достаточно надежным показателем адекватности вентиляции. В связи с чем мы решили рассмотреть использование технологии Microstream для неинвазивного мониторинга парциального давления углекислого газа в выдыхаемом воздухе. Метод Microstream имеет ряд преимуществ: нет сенсора в дыхательных путях, может применяться у интубированных и неинтубированных пациентах, применим от новорожденных до взрослых, не требует калибровки, точность при маленьких дыхательных объемах.

Цель

Оценить эффективность мониторинга углекислого газа в выдыхаемом воздухе с помощью технологии Microstream во время малоинвазивных вмешательствах (колоноскопия, гастроскопия) у пациентов при внутривенном наркозе.

Материалы и методы исследования

В исследование вошли 20 пациентов. Основными критериями для включения в исследование служили: женский пол, возраст, рост, вес пациентов не учитывался; пациенты, которым показан внутривенный наркоз при малоинвазивных вмешательствах (колоноскопия, гастроскопия). Все пациенты находились на самостоятельном дыхании, получали преоксигинацию 100% кислородом, скорость потока 2 литр в минуту. Вводный наркоз: Пропофол 200 мг в/в, Фентанил 0,1 мг в/в. Определение углекислого газа в конце выдоха проводилось при помощи метода Microstream капнографом Capnostream 20 (Oridion).

Полученные результаты

В исследование участвовали женщины различного возраста, роста и веса. Всем пациентам проводилась гастроскопия и колоноскопия при внутривенном наркозе. После индукции анестезии у всех женщин развивалось апноэ, что на капнометрии проявлялось снижением значения $P_{Et}CO_2$ до нуля. Интегральный легочный индекс (IPI) снижался до 1 балла. SpO_2 при этом было в пределах от 96 до 100%. Далее у 11 пациентов наблюдалась гиповентиляция: ЧДД от 10 до 18 дыханий в минуту, $P_{et}CO_2$ до от 46 до 50 мм.рт.ст. IPI от 5 до 9 баллов. SpO_2 от 96–100%. У 9 из 20 женщин после

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

апноэ развивалась нормовентиляция: ЧДД от 14 до 22 дыханий в минуту, PetCO₂ до от 33 до 44 мм.рт.ст. IPI от 7 до 9 баллов. SpO₂ от 96–100%.

Гипервентиляция у пациентов не наблюдалась.

Заключение

Данное исследование продемонстрировало достоверность данных полученных с помощью капнометрии при использовании технологии Microstream у пациентов получающих внутривенную анестезию, находящихся на самостоятельном дыхании при малоинвазивных вмешательствах. Данный метод капнометрии позволил на ранней стадии выявить альвеолярную гиповентиляцию. В настоящее время стандарт медицинской помощи для мониторинга всех пациентов, получающих седацию, напрямую зависит от пульсоксиметрии, которая не измеряет вентиляцию легких. Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что неинвазивная капнометрия улучшает текущий стандарт ухода за пациентами, находящимися в состоянии седации, позволяя анестезиологу предупреждать гипоксемию, а не лечить её.

ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ЛПУ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Логачев А.Д., Письменский С.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Сегодня проведение интерактивных тренингов и мастер-классов в современном образовательном медицинском процессе вышло на первостепенные роли, недаром решение симуляционных задач входит в экзамен при поступлении в ординатуру, и ведется создание станций по проведению сердечно-легочной реанимации при сдаче навыков по окончанию ординатуры. Навыки проведения сердечно-легочной реанимации одинаково важны для врачей различных специальностей. В практике и тех и других специалистов возможны ситуации, когда эти знания и умения могут пригодиться. На врачебном приеме никто не застрахован от остановки сердца

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

у пациента, нередко имеющего сопутствующие заболевания. Важно своевременно предпринять необходимые реанимационные действия до приезда скорой помощи.

Цель

Оценить качество проведения базовой сердечно-легочной реанимации у беременной женщины с остановкой кровообращения в условиях симуляционно-тренингового центра у анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, среднего медицинского персонала. Проанализировать особенности методологии обучения оказания неотложной медицинской помощи и СЛР у медработников акушерского стационара.

Материалы и методы исследования

На основе результатов индивидуальной оценки (чек-листы), самооценки и видеосъемки был проведен сравнительный анализ исходных навыков персонала до проведения тренинга, по его окончанию и более чем через 1 месяц после завершения обучения базовой сердечно-легочной реанимации. В исследовании приняли участие 20 врачей акушеров-гинекологов (АГ), 20 врачей анестезиологов-реаниматологов (АР), 20 медицинских сестёр-акушеров (СА). Исследование проводилось на базе симуляционно-тренингового центра ФГБУ «НМИЦ АГП им В.И. Кулакова»

Полученные результаты

При анализе чек-листов участников до обучающего тренинга было выявлено, что средний результат выполнения пунктов чек-листа составил 49% у АГ и СА и 53% у АР, что не достаточно для проведения качественной, а главное эффективной сердечно-легочной реанимации. После проведения 2 часового тренинга сердечно-легочной реанимации результаты значительно улучшились, средний процент выполнения чек-листа повысился до 85 у АГ и СА и 93% у АР, что является хорошим условием для проведения эффективной сердечно-легочной реанимации. Самыми распространенными ошибками были: не убедились в собственной безопасности, не вызывали помощь, недостаточная глубина и частота компрессий грудной клетки. Также был проведен анализ анкет самооценки в которых участники указывали в процентах уровень подготовки к сердечно-легочной реанимации по их мнению, средний процент до проведения тренинга составил 43%, а после только теоретического курса обучения, данный уровень самооценки к готовности проведения сердечно-легочной реанимации составлял 81%. По окончании симуляционно-тренингового тренинга уровень самооценки составлял 96%.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Заключение

Сердечно-легочная реанимация значительно увеличивает вероятность выживания человека при остановке кровообращения. Знания и навыки по сердечно-легочной реанимации быстро угасают, даже у врачей анестезиологов-реаниматологов. Это требует повторения протоколов сердечно-легочной реанимации в промежутках между обучающими курсами. Популярными стратегиями, используемыми для увеличения выживаемости при остановке кровообращения, являются: обучение СЛР в группах, наиболее подверженных риску столкнуться с данной ситуацией, обучение искусственному дыханию, и максимально широкое распространение инструкций по проведению базовой СЛР. Циклическое повторение обучения помогает медицинским работникам сохранять необходимые знания и навыки базовой и расширенной СЛР. При этом требуется систематическая подготовка, соответствующая разработанной методологии. Обучение должно проводиться каждые 6 месяцев; время занятий не должно быть менее 2 часов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЕВАЙСОВ

Михайлова В.Д., Письменский С.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

В современной отечественной и зарубежной медицинской науке безусловно присутствуют монографии и статьи, посвященные анализу применения прямой ларингоскопии и видеоларингоскопии, однако компаративного исследования со спецификой исследования в различных группах врачей-анестезиологов-реаниматологов в русскоязычных статьях на данный момент не представлено. В то же время в современном мире значительно увеличивается количество ординаторов анестезиологов-реаниматологов, а значит и потребность в правильной организации образовательного процесса тоже возрастает. В силу разительно отличающихся образова-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

тельных программ по подготовке молодых врачей в России и Зарубежье опыт, представленный в найденных статьях, может приниматься как относительный. Поэтому данное исследование имеет перспективу оптимизации и внедрения в учебный процесс ординаторов.

Цель

Изучить эффективность и качество применения прямой ларингоскопии при первой попытке интубации трахеи врачами-анестезиологами различной квалификации. Изучить эффективность и качество применения видеоларингоскопии при первой попытке интубации трахеи врачами-анестезиологами различной квалификации. Провести сравнительный анализ двух методик проведения интубации трахеи врачами-анестезиологами различной квалификации.

Материалы и методы исследования

В проспективное, контролируемое исследование включены 40 исследуемых пациентов с плановым хирургическим вмешательством. Объект исследования – пациенты, которым проводилось анестезиологическое обеспечение плановых хирургических вмешательств с применением различных методик интубации трахеи. Предмет исследования – девайсы, используемые врачами-анестезиологами различной квалификации для применения различных методик интубации трахеи у пациентов с плановым хирургическим вмешательством (прямая и видео – ларингоскопии). В исследовании использовались клинические, инструментальные, измерительные и статистические методы исследования: анестезиологический осмотр, измерительные методы для выявления подходящих критерий, подсчет, сравнение согласно выявленным критериям включения и исключения, анализ полученных результатов; описание использования прямой ларингоскопии и видеоларингоскопии; периоперационное наблюдение за состоянием пациенток. Критерии включения: женщины старше 18 лет, создание в операционной условий SOAP ME; 1 группа – предполагаемое отсутствие ТДП; 2 группа – предполагаемые ТДП. Критерии исключения: наличие трудной интубации в анамнезе при проведении общей анестезии; наличие внешних обтурирующих патологий трахеи, наложение трахеостомы в анамнезе; сопутствующая патология: наличие отягчающих процесс обеспечения общей анестезии хронических заболеваний. Группы исследуемых пациентов однородны, потому что все включаемые и исключаемые критерии создают картину одинакового безопасного апноэ (время от наступления апноэ до снижения сатурации кислорода ниже 90%) и отсутствие быстрой десатурации.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Полученные результаты

В процессе ретроспективного исследования было выявлено, что в группе опытных врачей предпочтительнее использование прямой ларингоскопии, в группе начинающих врачей использование видеоларингоскопии в большинстве случаев вызвало невозможность интубации трахеи и отказ от данной методики..

Заключение

Для менеджмента трудных дыхательных путей опытные врачи анестезиологи-реаниматологи наиболее эффективно и безопасно применяют видеоларингоскопию. При исследовании навыков, а также анкетировании ординаторов первого года было выявлено, что предпочтительно обучение интубации трахеи с помощью прямой ларингоскопии, ординаторы являются более психологически расположены к прямой ларингоскопии.

ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РОДДОМА

Невмержицкая О.В., Бородина О.Н., Долгова Е.В., Чупаева О.Ю. Наумов А.Б.,
Марченко С.П., Хубулава Г.Г., Черномордова А.В.

СПб ГБУЗ «Родильный дом №18»

г. Санкт-Петербург

Цель

Исследовать частоту факторов риска, наличие взаимосвязи между гемодинамическими, инфекционными, морфометрическими параметрами и антенатальным летальным исходом.

Материалы и методы

Проведено обсервационное аналитическое продольное ретроспективное исследование, направленное на изучение факторов риска антенатальной летальности. Отобрано 269 случаев, разделенные на 3 группы: 1 гр. – 77 плодов с антенатальной гибелью ; 2 гр. – 69 новорожденных с задержкой внутриутробного развития, 3 гр. – 150 здоровых новорожденных.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Результаты

Выполнен анализ данных ультразвукового скрининга и патологоанатомического исследования. Описание ключевых качественных признаков, влияющих на исход, проводилось на основе интервальной оценки. Оценка факторов риска выполнена с помощью логистической регрессии. Гестационный возраст: 1 гр. – 33 (95 % ДИ: 31–34), 2 гр. – 38 нед. (95 % ДИ: 37,4–38,8), 3 гр. – 39 нед. (95 % ДИ: 39,3–39,5). Вес плода: 1 гр. – 1905 ± 1102 г (95 % ДИ: 1655–2156); 2 гр. – 2158 ± 1102 (95 % ДИ: 2041–2275); 3 гр. – 3436 ± 344 (95 % ДИ: 3380–3492). Рост: 1 гр. – 42 ± 9 см (95 % ДИ: 40–44); 2 гр. – 45 ± 4 г (95 % ДИ: 45–47); 3 гр. – 52 ± 2 г (95 % ДИ: 47–56). Вес плаценты: 1 гр. = 352 ± 124 г (95 % ДИ: 324–381); 2 гр. = 405 ± 101 г (95 % ДИ: 380–429); 3 гр. = 531 ± 68 г (95 % ДИ: 300–760). Инфекция плода: 1 гр. – 7,8%; 2 гр. – 7,2%; 3 гр. – 0%. Острое нарушение маточно-плацентарного кровотока (ОНМПК) 1 гр. – 89,6%; 2 гр. – 87%; 3 гр. – 63,3% ($\chi^2=25$; $p<0.0001$). Хроническое нарушение маточно-плацентарного кровотока (ХНМПК): 1 гр. – 96,1%; 2 гр. – 89,9%; 3 гр. – 63,3%. Частота развития инфекции плаценты: 1 гр. – 100%; 2 гр. – 79,7%; 3 гр. – 87,3%. После коррекции на инфекцию у плода фактором риска развития антенатального летального исхода является ОНМПК – ОШ=3,5 ($p=0.01$).

Заключение

- 1) По результатам логистического регрессионного анализа в данной выборке инфекция у плода не является фактором риска развития антенатального летального исхода.
- 2) Высокая частота развития инфекции плаценты у плодов с задержкой внутриутробного развития и антенатальным летальным исходом требует дальнейшего изучения критериев нарушения маточно-плацентарного кровотока.
- 3) Требуется проведение когортного исследования с применением методов оценки гемодинамики у плода для дальнейшего углубленного изучения причин антенатальной летальности.



ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ У ПЛОДА С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА АНТЕНАТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

Невмержицкая О.В., Хубулава Г.Г., Бородина О.Н., Струпенева У.А., Долгова Е.В.,
Чупаева О.Ю., Наумов А.Б., Марченко С.П. Черномордова А.В.

СПб ГБУЗ «Родильный дом No18»
г. Санкт-Петербург

Цель

Определить наличие, направление и силу связи между антенатальным летальным исходом и инфекцией у плода.

Материалы и методы

Проведено наблюдательное аналитическое продольное ретроспективное исследование. Выборка состояла из 146 плодов: первая группа – 77 антенатальных летальных исходов; вторая группа – 69 новорожденных с задержкой внутриутробного развития.

Результаты

Проведено наблюдательное аналитическое продольное ретроспективное исследование, направленное на изучение факторов риска развития антенатальной летальности в период с 1 января 2017 г по 31 января 2019 г, в ГБУЗ «Родильный дом No 18», г. Санкт-Петербург. Критерии включения: 1. женщины, поступившие по территориальному признаку с антенатальной гибелью плода вне лечебного учреждения; 2. родоразрешение в стационаре; 3. наличие данных ультразвукового скринингового обследования на всех этапах наблюдения с точными параметрическими данными о состоянии гемодинамики плода и плаценты; 4. Задержка внутриутробного развития. Отобрано к анализу было 146 случаев, которые были разделены на 2 группы. Первую группу (1 гр) составили 77 плодов от женщин, доставленных в учреждение из женских консультаций города и области по факту антенатальной гибели плода. Вторую группу (2 гр) составили 69 новорожденных с задержкой внутриутробного развития. Ретроспективно изучены особенности течения беременности до момента развития антенатального летального исхода или рождения ребенка на сроке от 22 недель до 42 недель беременности. Выполнен анализ данных ультразвукового скрининга и патологоанатомического исследования. Оценка факторов риска выполнена с помощью логистической регрессии.

Анамнез течения беременности сопоставим в обеих группах.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Гестационный возраст: 1 гр.-33 (95 % ДИ: 31–34), 2 гр.-38 нед. (95 % ДИ:37–39). Вес плода: 1 гр. = 1905 ± 1102 г (95 % ДИ: 1655–2156); 2 гр. = 2158 ± 1102 (95 % ДИ: 2041–2275). Рост: 1 гр. = 42 ± 9 см (95 % ДИ: 40–44); 2 гр. = 45 ± 4 г (95 % ДИ:45–47). Вес плаценты: 1 гр. = 352 ± 124 г (95 % ДИ: 324–381); 2 гр. = 405 ± 101 г (95 % ДИ: 380–429). Гемоглобин матери: 1 гр.-119 г/л (95 % ДИ:116–123); 2 гр. – .118 г/л (95 % ДИ:114–120) ($\chi^2=2$; $p<0.45$). Частота развития инфекции плаценты: 1 гр.-100%; 2 гр.-79.7% ($\chi^2=17.3$; $p<0.0001$). Относительный риск – 1.3 (95 % ДИ: 1.1;1.4), говорит о том, что наличие инфекции плаценты может увеличивать вероятность развития антенатального исхода в 1.3 раза. Инфекция плода: 1 гр.-7.8%; 2 гр.-7.2% ($\chi^2=0.16$; $p<0.9$). Коэффициент неопределенности – 0.01, говорит о том, что на основании инфекции у плода предсказать антенатальный летальный исход невозможно.

Закключение

1) По результатам логистического регрессионного анализа в данной выборке инфекция у плода не увеличивает риск развития антенатального летального исхода (ОШ = 0,93, 95 % ДИ: 0,87–0,96).

2) Требуется проведение когортного исследования с применением методов оценки гемодинамики у плода для дальнейшего углубленного изучения причин антенатальной летальности.

ПРИЧИНЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Невмержицкая О.В., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Наумов А.Б., Бородин О.Н.,
Скарлатеску Е., Струпенева У.А., Чупаева О.Ю.

СПб ГБУЗ «Родильный дом No18»
г. Санкт – Петербург

Цель

Причины антенатальной летальности у плодов на поздних сроках гестации не достаточно изучены из-за возможного влияния факторов, связанных с плацентой и плодом.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Материалы и методы

Проведено наблюдательное аналитическое продольное ретроспективное исследование. Выборка состояла из 296 плодов: основная группа – 146 плодов (из них 77 антенатальных летальных исходов); контрольная группа – 150 здоровых плодов.

Результаты

Критерии включения в исследование: 1. женщины, поступившие по территориальному признаку с антенатальной гибелью плода вне лечебного учреждения; 2. наличие данных ультразвукового скринингового обследования с точными параметрическими данными о состоянии гемодинамики плода. Выборка состояла из 296 плодов в период с 1 января 2017 г по 31 января 2019 г. находившихся в специализированном «Родильном доме No 18» в Санкт-Петербурге. Основная группа – 146 плодов (из них 77 антенатальных летальных исходов); 2 группа – 150 здоровых плодов. Для уменьшения влияния конфаундеров, в исследование включены только плоды весом более 2500 г, что привело к формированию выборки, состоящей из 193 плодов (группа 1 – 44; группа 2 – 149). В нерандомизированной выборке инфекция плаценты наблюдалась более часто в основной группе (88%) по сравнению с здоровыми (71%) $p=0.022$; острое нарушение кровотока по плаценте ($p=0.002$); хроническое нарушение кровотока по плаценте ($p=0.045$). Для равномерного распределения конфаундеров между группами, проведена процедура псевдорандомизации, что позволило сформировать выборку, состоящую из 44 плодов в группе с антенатальным летальным исходом и/или задержкой роста и 44 новорожденных в контрольной группе. В рандомизированной выборке инфекция плаценты, хроническое нарушение кровотока по плаценте, гестационный возраст, вес и длина плодов не отличались. В группе с задержкой внутриутробного развития гестационный возраст 39 (95 % ДИ: 35–41), вес плода 2965 ± 554 г (95 % ДИ: 2510–5240), рост: 1 гр. = 50 ± 3 см (95 % ДИ: 47–62); во 2 группе гестационный возраст 39 (95 % ДИ: 38,8–39,4), вес плода 3100 ± 332 г (95 % ДИ: 3021–3223), рост: 1 гр. = $50,9 \pm 4$ см (95 % ДИ: 50,3–51,5). Вес плаценты: 1 гр. = 431 ± 77 г (95 % ДИ: 407–454); 2 гр. = 473 ± 98 г (95 % ДИ: 343–503). Острое нарушение маточно-плацентарного кровотока: 1 гр. – 88,6%; 2 гр. – 47,7% ($\chi^2=16,9$; $p<0.0001$). Хроническое нарушение маточно-плацентарного кровотока (ХНМПК): 1 гр. – 97,7%; 2 гр. – 93,2% ($\chi^2=1$; $p=0.6$). После коррекции на инфекцию у плода уменьшение веса плаценты увеличивает риск развития острого нарушения плацентарного кровотока в 40,8 раз. Коэффициент детерминации модели для логистической регрессии = 68, модель «предсказывает» возникновение прогнозируемого случая антенатального летального исхода с точностью 79,5%.

**26–28 ноября, 2019**

В начало

Содержание

Заключение

1. У плодов с задержкой внутриутробного развития острое нарушение маточно-плацентарного кровотока на поздних сроках гестации является основной причиной антенатального летального исхода.

2. При уменьшении веса плаценты риск развития антенатального летального исхода возрастает в 40,8 раз.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ
РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ФОНЕ
РЕМИТТИРУЮЩЕГО ТИПА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

Проскоченко А.А., Качлишвили Н.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Ремиттирующий рассеянный склероз наиболее распространенный тип течения РС. Для данного течения рассеянного склероза характерно наличие обострений и ремиссий. После обострений могут отмечаться стойкие нарушения неврологических функций различной выраженности. Вопрос выбора метода анестезии у пациентов с данным сопутствующим заболеванием представляет интерес в связи с наличием противоречивых данных о влиянии хирургического стресса, анестезии и операции на его дальнейшее течение. Всеобщие убеждения и консервативность в вопросе выбора заставляет анестезиолога-реаниматолога проводить малые по объему операции в условиях более опасной и дорогой общей анестезии.

Материал и методы исследования

На базе НМИЦ АГП имени Кулакова проводилось оперативное лечение больной О., 66 лет несостоятельности мышц тазового дна, цисто-ректоцеле на фоне ремиттирующего типа рассеянного склероза. Особенности неврологического статуса: ЧМН – девиация языка вправо, сглаженность носогубной складки слева. Симптомы орального автоматизма. Явных парезов не выявлено. Сухожнные рефлексy повышены справа. Мышечный тонус повышен по пластическому типу. Статико-локомоторная

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

атаксия. Нарушение тазовых функций – недержание мочи. По данным МРТ: В режиме T2-взвешенных изображений выявлены 2 гиперинтенсивных очага, размером 5 мм овоидной формы в толще шейного и грудного отдела позвоночника. После комплексного обследования консилиум принял решение провести оперативное вмешательство в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии по стандартной методике: техника needle to needle, пункция на уровне L III – L IV, последующее обезболивание в послеоперационном периоде с использованием регионарных методов.

Полученные результаты

Проведена влагалищная гистерэктомия с последующей пластикой стенок влагалища, передняя и задняя леваторопластика, длительность составила 53 мин. Интратекально введено Маркаин Спинал Хэви 0,5%-2,5 мл, сенсорный юлок до Th X, моторный блок – Bromage 3; послеоперационно – Ропивакаин 0,1% – 50 мл со скоростью 6мл/час через перфузор, ВАШ на 1-е сутки 2 балла. Проведено последующее МР-исследование на 2-е и 30-е сутки после операции: МРТ – картина без изменений. Субъективно – пациент не отмечает нарастание неврологического дефицита. Консультация невролога – неврологический статус прежний.

Заключение

Вероятно, негативное влияние регионарных методов анестезии является преувеличенным. На примере нашего опыта ведения пациента мы высказываем предположение о возможности их проведения в условиях, когда данные методы являются предпочтительными с учетом объема и локализации оперативного вмешательства, коморбидности пациентов старшей возрастной группы.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ АОРТЫ ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Резник В.А., Романова Л.А., Мельник И.С.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Актуальность

Метод эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (ЭВБОА) – новый способ профилактики или лечения кровотечения во время оперативного родоразрешения, путем чрескожной катетеризации и имплантации баллона в брюшной отдел аорты

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

и временном его раздувании. ЭВБОА позволяет на время прекратить кровоснабжение матки из основных магистральных сосудов, обеспечивая, при этом, достаточную перфузию жизненно важных органов и остановку кровотечения при проведении органосохраняющих операций у пациенток с наличием или высоким риском кровотечения, которое часто имеется при вращении плаценты. Кроме того ЭВБОА способствует снижению объема инфузионно-трансфузионной терапии, потребности в вазопрессорной поддержке и дополнительном переливании компонентов крови в послеоперационном периоде.

Цель

Применение эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты у пациенток с вращением плаценты при операции кесарева сечения для профилактики/лечения патологической кровопотери.

Материалы и методы исследования

В основу исследования положены результаты клинического обследования 11 пациенток, получивших лечение в Перинатальном центре Санкт-Петербургского государственного Педиатрического медицинского университета в период с ноября 2018 по октябрь 2019 гг. Все женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке при сроке беременности 34–36 недель, после проведенного ультразвукового сканирования и магнитно-резонансной томографии, где был подтвержден диагноз вращение плаценты. Перед оперативным вмешательством под эпидуральной анестезией осуществляли пункцию и катетеризацию бедренной артерии по стандартной методике Сельдингера под УЗИ наведением с последующей установкой интродьюсера размером 8 Fr. Путем ультразвуковой навигации через левую поясничную область визуализировали зону бифуркации аорты. Баллонный катетер под УЗИ контролем заводили через интродьюсер в участок между бифуркацией аорты и местом отхождения почечной артерии в сдутом состоянии. Затем начинали операцию кесарева сечения. После извлечения плода раздували аортальный баллон с целью прекращения кровотока в матке и проводили метрoplastику. После ушивания матки, гемостаза сдували аортальный баллон, тем самым восстанавливали кровоснабжение матки. Удаляли баллон и интродьюсер после окончания операции.

Полученные результаты

Средняя длительность операции была 73,6 (56 – 93) мин, время окклюзии аорты – 17,7 (15–23) мин. Объем кровопотери при операции составил 542,9 (300–1000) мл, при том, что допустимой при операции кесарева сечения является потеря крови до 1000 мл. Объем инфузионной терапии – 1802,6 (1250,0–2500,0) мл. Ни одной паци-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

ентке не переливали препараты донорской крови. При этом не было ни одного случая гистерэктомии. Перевод пациенток в послеродовое отделение производили через 27 (24–45) часов. Выписка из стационара осуществлялась на 6 (5–9) сутки. Все пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Метод эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты при операции кесарево сечение у пациенток с вращением плаценты является эффективным способом лечения периперационной кровопотери, что позволяет с высокой степенью вероятности проводить органосохраняющие кровесберегающие операции.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КАРБОДИОКСИПЕРИТОНЕУМА НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ И ПОТРЕБНОСТЬ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ

Серикова Н.О., Калачин К.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра анестезиологии и реаниматологии.
г. Москва

Актуальность

В настоящее время лапароскопические вмешательства занимают внушительную часть всех хирургических процедур и их количество неуклонно растёт с каждым годом. Лапароскопические операции имеют массу неоспоримых преимуществ перед «открытыми», однако имеют и свои минусы, такие как: карбодioxidперитонеум и, в гинекологии, положение Тренделенбурга. Уровень безопасного внутрибрюшного давления и угла наклона операционного стола определён давно, однако нет достаточного количества исследований по их влиянию на состояние пациента в пределах «разрешенных» параметров.

Цель

Определить влияние уровня внутрибрюшного давления и выраженности положения Тренделенбурга на периперационное обезболивание и нарушение микроциркуляции.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Материалы и методы исследования

Ретроспективное исследование. Проанализированы 45 историй болезни пациенток, госпитализированных в НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова. Критериями включения в исследование являлись: наличие добровольного информированного согласия, лапароскопические миомэктомия или резекция яичников продолжительностью до 2х часов в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ через ЭТТ (Пропофол, Фентанил, Рокуроний во время индукции, Севоран (до 1 МАК), Фентанил и Рокуроний для поддержания анестезии) и наличие измеренного лактата смешанной венозной крови через 5 минут после экстубации. Критерии исключения: продолжительность операции более 2х часов, переход с лапароскопического вмешательства на лапаротомическое, наличие любой сопутствующей патологии, ИМТ менее 18 и более 26 кг/м², возраст более 50 лет и менее 18, объем кровопотери более 100 мл. Исключено 15 пациенток в связи с несоответствиями критериям, таким образом, в исследование вошли 30 женщин. Оценивались: ИМТ, время оперативного вмешательства, угол Тренделенбурга, уровень внутрибрюшного давления во время карбодиокси перитонеума, объем кровопотери, количество миорелаксантов, количество наркотических анальгетиков в интраоперационном периоде, количество наркотических и ненаркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, уровень лактата смешанной венозной крови через 5 минут после экстубации из вен предплечья руки, не задействованной во время операции. Всем пациентам сразу после экстубации внутривенно вводились 50 мг Декскетопрофена. Наркотические анальгетики в послеоперационном периоде применялись при ВАШ более 5 баллов.

Полученные результаты

У всех пациенток, вошедших в исследование уровень карбодиокси перитонеума был от 12 до 16 мм Нг. Достоверно не было выявлено взаимосвязи между величиной внутрибрюшного давления и количеством наркотических и ненаркотических анальгетиков в периоперационном периоде и уровнем лактата. Уровень лактата составил от 0,6 до 2,6 ммоль/л. Также достоверно не было выявлено взаимосвязи между величиной внутрибрюшного давления и уровнем лактата и количеством наркотических и ненаркотических анальгетиков. Угол наклона в положении Тренделенбурга составлял от 12 до 20°. Также нами достоверно не была выявлена взаимосвязь между степенью Тренделенбурга, уровнем лактата и количеством наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Заключение

Степень допустимого внутрибрюшного давления до 16 мм Нг при пневмоперитонеуме во время лапароскопических гинекологических операций у пациенток с нормаль-



ным ИМТ и без сопутствующих патологий не влияет на количество наркотических анальгетиков в периоперационном периоде и не влияет на микроциркуляторные нарушения. Выраженность угла наклона при положении Тренделенбурга до 20° во время лапароскопических гинекологических операций у пациенток с нормальным ИМТ и без сопутствующих патологий не влияет на количество наркотических анальгетиков в периоперационном периоде и не влияет на микроциркуляторные нарушения. Требуется большая выборка и дальнейшее исследование.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В МАММОЛОГИИ

Сметанова А.А., Розентул И.Г., Мильчуков В.П.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»*

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

г. Москва

Актуальность

Каждый год во всем мире миллионы пациентов различного возраста подвергаются воздействию общей анестезии, обеспечивающей выполнение диагностических и хирургических процедур. Сбалансированная анестезия считается безопасной и надежной методикой. Она необходима для устранения причин, ранее часто ведущих к гибели от болевого шока пациента на операционном столе. Данный вид наркоза имеет ряд преимуществ, но, несмотря на внедрение в практику современных препаратов, вопрос периоперационных осложнений сохраняет свою актуальность. Основная мишень действия анестетиков – центральная нервная система, помимо основных анальгезирующего и гипногенного эффектов, есть и побочные эффекты, проявляющиеся когнитивными нарушениями, которые, в свою очередь, приводят к повышению количества осложнений, удлинению срока госпитализации, ухудшению качества жизни пациентов и увеличению стоимости лечения.

Цель

Выявление ранних послеоперационных когнитивных расстройств после маммологических вмешательств в условиях общей комбинированной анестезии.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Материалы и методы исследования

В исследование включены 28 человек в возрасте 29 – 82 лет, с разными уровнем образования и анамнезом. Анестезия плановых оперативных вмешательств проводилось по хирургическим показаниям. Длительность операций составляла от 45 минут до 3 часов 10 минут. Были использованы следующие препараты: пропофол для индукции в анестезию; фентанил с целью анальгезии; севофлюран – поддержание анестезии. Для оценки исходного уровня когнитивных функций и их состояния после перенесенной анестезии была использована Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa, 2004).

Полученные результаты

В данной работе проведена оценка изменения когнитивных функций пациентов, после проведения общей комбинированной анестезии в сравнении с исходным статусом. При получении по шкале MoCa, 2004 более 26 баллов и более, считается, что когнитивных нарушений нет. Из 28 человек когнитивные нарушения на предоперационном этапе выявлены у 1 пациента с ОНМК в анамнезе. После операции когнитивная дисфункция выявлена у 4 пациентов: все пациенты с выявленными нарушениями были старше 70 лет, операции длились более 2,5 часов, у одной в анамнезе было ОНМК.

Заключение

Можно сделать вывод, что предикторами послеоперационной когнитивной дисфункции являются: возраст пациентов, отягощенный неврологический анамнез и длительность оперативного вмешательства.



УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МАТЕРИ В УСЛОВИЯХ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РОДОВ ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Шакиров Р.Т., Кинжалова С.В., Макаров Р.А.

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства
и младенчества» Минздрава России
г. Екатеринбург

Актуальность

В России к юным беременным относятся женщины, не достигшие паспортного возраста 18 лет. К этому возрасту только формируется физиологическая и психологическая зрелость, происходит становление образа жизни. Длительный болевой синдром во время родов может сопровождаться тяжелыми психологическими расстройствами у женщин в послеродовом периоде. Учитывая психологическую незрелость юных женщин, вероятно, более высока частота развития послеродовой депрессии у девушек-подростков в результате перенесенных сильных болевых ощущений во время родов. «Золотым» стандартом обезболивания родов до сих пор является длительная эпидуральная анальгезия (ДЭА). Результаты исследований о влиянии ДЭА на частоту послеродовой депрессии в настоящий момент противоречивы: по одним данным применение ДЭА снижает частоту депрессии в послеродовом периоде, в то время как в других работах данной связи не отмечается. По отношению к юным родильницам данный вопрос на настоящий момент не изучался.

Цель

Провести сравнительный анализ психоэмоционального состояния юных первородящих женщин в зависимости от метода обезболивания при родоразрешении через естественные родовые пути.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 45 юных первородящих женщин в сроке беременности 37 недель 0 дней – 41 неделя 6 дней. Критериями исключения являлись: отказ пациентки от исследования, многоплодная беременность, наличие заболеваний в стадии декомпенсации или обострения, наличие психических заболеваний, наличие противопоказаний к одному из способов обезболивания. Методом конвертов проводилась рандомизация пациенток на 2 группы, в зависимости от варианта обезболивания родов: 1-я группа (n=21) – с применением раствора тримеперидина 2% – 1,0 мл

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

внутримышечно, однократно; пациенткам 2-й группы ($n=24$) выполнялась ДЭА 0,2% раствором ропивакаина гидрохлорида болюсами по 10,0–15,0 мл каждый час. Уровень тревоги и депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) при поступлении в стационар и на 2-е сутки после родов. Оценка эффективности анальгезии проводили по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) перед и через 2 часа после обезболивания. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей.

Полученные результаты

Исходный уровень оценки болезненных ощущений во время родов по шкале ВАШ составил 77 (60–93) мм в 1-й группе и 81 (67,5–100) мм – во 2-й группе ($p=0,811$). В группе обезболивания тримеперидином не наблюдалось снижения уровня боли, оценка по ВАШ составила 79 (56,7–89) мм. После применения эпидуральной анальгезии отмечалось достоверное снижение уровня оценки боли по ВАШ до 25,5 (22,5 – 46,5) мм ($p<0,001$). Статистически достоверных различий количественной оценки уровня тревоги и депрессии по шкале HADS на 2-е сутки после родов у пациенток обеих групп не отмечалось. В 1-й группе уровень тревоги составил 5,0 (4,0 – 7,0) баллов, во 2-й – 6,0 (3,75 – 7,25) баллов по шкале HADS ($p=0,516$). Уровень депрессии в группах был равен 5,5 (4,0–7,75) и 6,0 (4,0–8,5) баллам, соответственно ($p=0,586$).

Заключение

Длительная эпидуральная анальгезия родов у юных женщин обладает более выраженным обезболивающим эффектом по сравнению с применением наркотических анальгетиков, при этом не отмечается различий по уровню тревоги и депрессии родильниц на вторые сутки после родоразрешения.



Организация медицинской помощи новорожденным

ВНЕДРЕНИЕ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ ГОРОДА МОСКВЫ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА НОСИТЕЛЬСТВО СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ В

Григорян И.Э., Шиян О.В., Мелкумян А.Р., Иванников Н.Ю., Митичкин А.Е.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России
г. Москва

Цель

Изучить влияние программы скрининга беременных женщин на носительство стрептококка группы В (СГВ) на частоту развития ранних неонатальных инфекций.

Материалы и методы

В родильном доме ГКБ им. Ф.И. Иноземцева проведен анализ выявления СГВ у беременных женщин, рожениц с преждевременным излитием вод и новорожденных за 2016–2019 г.г. В стационаре с марта 2018 г. внедрен экспресс-метод скрининга в родах, путем анализа вагинально-ректального мазка в течение 30–60 минут на ПЦР анализаторе GeneXpert DX (Cepheid, США).

Результаты

За 2016–2019 г.г. отмечена частота обнаружения СГВ у 8,8% (2016г.), 9,5% (2017г.), 9,2% (2018г.) и 9,1% (2019г.) беременных и рожениц. При этом частота развития инфекций у новорожденных снижалась и составила 3,2% (2016г.), 1,8% (2017г.) и 1,1% (2018г.) и 1,3% (2019). С 2018 года благодаря внедрению ПЦР типирования СГВ в родах повысилась выявляемость СГВ и за период 2018–2019 г.г. при обследовании 169 роженицы у 24 получены положительные результаты (14,2%).

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Заключение

Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 26.02.2019 г. № 130 «Об утверждении Регламента работы при подозрении на внутриутробную инфекцию и постановке диагноза внутриутробная инфекция у новорожденных» в городских родильных домах внедрен обязательный скрининг всех беременных на СГВ, а также обследование быстрыми тестами в родах. Анализ данных за период 2016–2019 г.г. на примере ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» показал целесообразность внедрения экспресс диагностики на СГВ с применением быстрых ПЦР тестов, с целью профилактики неонатальных инфекций.



Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА В КОМПЛЕКСЕ РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ VACTERL-H АССОЦИАЦИИ

Манищенков С.Н., Манищенкова Ю.А., Чеканова И.Н.

1. ГУ ЛНР «Луганская республиканская детская клиническая больница»,

2. ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»

г. Луганск

Цель

Выявление редкого врожденного синдрома у новорожденного благодаря современным дополнительным методам исследований на этапе пренатальной и постнатальной диагностики.

Материалы и методы

Название VACTERL составлено из первых букв пороков, входящих в состав синдрома: V-аномалии позвоночника, A-атрезия ануса, C-пороки сердца, TE-трахеопищеводный свищ с атрезией пищевода, R-аномалии почек; единственная пупочная артерия. L – дефекты лучевой кости. В комбинации крайне редко может присутствовать гидроцефалия (VACTERL-H).

Результаты

Клиническое наблюдение: мальчик от IV беременности, III родов. По УЗИ у плода ВПР ЖКТ: атрезия пищевода (?), пиелозктазия, единственная артерия пуповины. Роды III, срочные, самопроизвольные. Дистресс плода в конце 2-го периода родов, обвитие пуповиной вокруг шеи и туловища плода. Околоплодные воды светлые, многоводие (около 3 л). Оценка по Апгар 6/7 баллов. М.р. 2930 грамм. После рождения санация РНГ. При введении желудочного зонда последний упирается и «пружинит».

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Проведена интубация трахеи и перевод на ИВЛ. Через четыре часа после рождения ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных ЛРДКБ для дообследования и лечения, где начата респираторная, инфузионная, дезинтоксикационная, обезболивающая, седативная, антибактериальная, гемостатическая, симптоматическая терапия. В первые сутки жизни произведена операция: Правосторонняя боковая торакотомия по Насилову, устранение свища, наложение пищевода анастомоза конец в конец. Рентгенологическое обследование: атрезия пищевода (свищевой ход?), признаки люмбализации, грубых костно-деструктивных, травматических изменений, деформаций верхних конечностей не выявлено. НСГ – Дилатация межполушарной борозды, желудочковой системы. Невролог – Сообщающаяся гидроцефалия, субкомпенсированная форма, бульбарный синдром. Окулист – Подострый конъюнктивит обоих глаз, частичная непроходимость носо-слезного канала. На основании полученных данных выставлен клинический диагноз: МБПР: VACTERL-H ассоциация: неизолитированная атрезия пищевода со слепым проксимальным сегментом и дистальным трахеопищеводным свищем, люмбализация, единственная пупочная артерия, сообщающаяся гидроцефалия, субкомпенсированная форма. Дисплазия соединительной ткани. Частичная непроходимость слезно-носового канала обоих глаз. Операция 29.01.2019г: правосторонняя боковая торакотомия по Насилову, устранение свища, наложение пищевода анастомоза конец в конец.

В динамике состояние ребенка с медленным улучшением: на 13-е сутки после операции – ребенок экстубирован, nCPAP-терапия, на 17-е сутки – спонтанное дыхание в условиях кислородной палатки, на 23-е сутки – спонтанное дыхание атмосферным воздухом. В возрасте 29 дней переведен в отделение патологии новорожденных для дальнейшего наблюдения и лечения.

Закключение

Лечение данной редкой врожденной ассоциации требует участия большого количества специалистов. Количество и тяжесть пороков развития ребенка вариабельны, как и результаты, связанные с операциями. Некоторые аномалии могут быть опасными для жизни новорожденного и требуют немедленной коррекции. Прогноз пациентов с синдромом VACTERL-H неутешителен из-за серьезности аномалий развития. Выживает только небольшая часть новорожденных. Однако жизнь выживших младенцев усложняется последствиями множественных пороков и связана с ограничением их физических возможностей.



СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Озерова А.В., Духовников О.К., Булгакова В.Е., Волощук А.В., Кукаева Е.А., Облицов И.Н.,
Фоменко Н.Н., Чудов И.Ю., Шелепин С.И.

ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»
г. Тамбов

Цель

Сравнение различных методик исследования системы гемостаза у новорожденных, выбор оптимальной методики с минимально возможным объемом забора крови.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей. Ретроспективный анализ историй болезни 72 новорожденных. Использовались методики: время свертывания крови по Мас-Магро (100%), коагулограмма (57%), тромбоэластограмма (20%), портативный коагулометр (79%).

Результаты

Определение времени свертывания крови по Мас-Магро проводилось по стандартной методике. Забор крови для коагулограммы осуществлялся с помощью венепункции или из венозного катетера. Кровь (1,7 мл) помещалась в специальную пробирку с антикоагулянтом, и сразу же доставлялась в лабораторию. В лаборатории исследование крови производилось на коагулометре Roche STart 4, выдача результата в течение 1–1,5 часов после забора крови. Для исследования на портативном коагулометре CoaguChek XS Pro, Roche Diagnostics осуществлялся забор крови из вены при помощи венепункции или из венозного катетера, так же возможно использование капиллярной крови. Капля цельной крови наносилась на тест-полоску. МНО, протромбиновое время и % протромбина по Quick определялись автоматически и результат выводился на дисплей коагулометра приблизительно через 1 минуту. Тромбоэластограмма выполнялась на аппарате TEG 5000, объем забора крови 0,9 мл, время выполнения теста 1,5–2 часа. Для оценки информативности каждой методики были использованы чувствительность, специфичность, точность, прогностическая ценность положительного и отрицательного результата. Проводился корреляционный анализ результатов с помощью программы STATISTIKA-7.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Метод определения времени свертывания крови по Мас-Магро продемонстрировал крайне низкую чувствительность (0,06) и невысокую точность (0,59). Выявлена слабая корреляция при сравнении коагулограммы и времени свертывания крови по Мас-Магро (коэффициент Спирмана 0,17, $p < 0,05$; коэффициент Пирсона – 0,16), что делает этот метод малопригодным для использования в условиях ОРИТН. Самая высокая специфичность выявлена у стандартной лабораторной коагулограммы (0,91), ее чувствительность же составила 0,56, точность 0,75. Точность (0,8) и чувствительность (0,7) портативного коагулометра оказались выше, чем в других группах. Выявлена сильная корреляция при сравнении значений портативного коагулометра и стандартной коагулограммы (непараметрический коэффициент Спирмана – 0,78 сильная прямая связь, $p < 0,05$; коэффициент Пирсона – 0,82; $p = 0,00000005$). Тромбоэластограмма продемонстрировала самую низкую точность (0,46) и специфичность (0,5) из всех методов, что привело к получению большого количества ложноположительных результатов.

Закключение

Следует отказаться от рутинного использования времени свертывания крови по Мас-Магро. Отсутствие референсных значений, учитывающих возраст и срок гестации, затрудняет использование тромбоэластографии для оценки гемостаза у новорожденных. Простота метода, скорость получения результата, высокая точность и чувствительность, возможность забора малых объемов крови делают портативный коагулометр более предпочтительным в качестве скринингового метода для диагностики коагулопатий у новорожденных.

КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПУПОЧНОГО ДОСТУПА

Сытова Е.А. Панина О.С. Черненко Ю.В. Суханов С.А.

СГМУ им. В.И. Разумовского
г. Саратов

Цель

Цель – выявление ранних и отсроченных осложнений, связанных с пупочной катетеризацией у новорождённых. Анализ возможных осложнений приведёт к уменьшению их количества.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Материалы и методы

В работе представлены клинические случаи развития ранних и отсроченных осложнений, как результат длительного стояния пупочного венозного катетера, встретившиеся при ретроспективном анализе архивных данных.

Результаты

Пациент Х., мальчик, масса при рождении 4360г, рост 55см.

После рождения установлен пупочный катетер (24.10.2018). Через день после установки, при проведении УЗИ брюшной полости, обнаружены изменения со стороны печени: структура неоднородная, размеры увеличены, сосудистый рисунок усилен, «газ» в системе портальной вены.

На четвёртые сутки после рождения, катетер удалён.

1.11.2018 проведено контрольное УЗИ, при котором обнаружили однородную структуру, увеличение размеров печени. Сосудистый рисунок не изменён.

Пациент У., мальчик, 3 года 1 месяц (дата рождения 02.09.2015г.)

Из анамнеза: после рождения, ребёнку установлен пупочный катетер на 8 суток.

При амбулаторном проведении УЗИ брюшной полости (3.10.2018) у пациента обнаружили диффузные изменения печени, увеличение размеров, УЗ – признаки синдрома портальной гипертензии.

Проведено дуплексное сканирование сосудов печени. Установлено: извитой ход воротной вены, перипортальный фиброз. Печёночные вены расширены. Кровоток со сниженной пульсацией. Данные признаки подтверждают наличие синдрома портальной гипертензии у пациента У.

В результате исследования выявлено: изменения со стороны печени пациента Х обусловлены увеличением сроков стояния катетера и представляют собой пример ранних осложнений данной манипуляции. Изменения со стороны печени пациента У: наличие синдрома портальной гипертензии и диффузных изменений структуры – вариант отсроченных осложнений после длительного стояния (8 суток) пупочного катетера в неонатальном периоде.

Заключение

Постановка пупочного катетера у новорождённых – неотъемлемая часть профессиональной деятельности врача – неонатолога. Будучи технически нелёгкой манипуляцией, она может приводить к развитию ранних и отсроченных осложнений. Правильность техники постановки пупочного катетера, длительность его стояния, напрямую определяют состояние организма новорождённого в раннем и более позднем периоде его жизни.



Респираторная терапия новорожденных

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИТАЛИПИД Н» У НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Панкратова Е.С., Черненко Ю.В., Панина О.С.

ФГБОУ ВО «Саратовский Государственный Медицинский Университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России
г. Саратов

Цель

Изучить роль препарата «Виталипид Н» у новорожденных детей с синдромом дыхательных расстройств, находящихся в ОРИТН.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы 63 истории развития новорожденных с дыхательными расстройствами, прошедших через ОРИТН ГУЗ «ПЦ» города Саратова в период с марта по май 2018г.

Результаты

Первую группу составили 18 детей (23%), которые получали в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) препарат «Виталипид Н». Вторую группу составили 45 детей (77%), которые по каким-либо причинам «Виталипид Н» не получали.

В первой группе было 10 недоношенных детей (55%), во второй группе – 32 недоношенных (73%). Средний показатель гестационного возраста в первой группе составил 34 недели 6 дней, во второй – 33 недели 1 день. Все дети были сопоставимы по клинико-лабораторным показателям.

Новорожденные, получавшие «Виталипид Н», находились на респираторной поддержке СРАР (100%), из второй группы 21 ребенок (46%) находились на СРАР, 24 ребенка (64%) – на ИВЛ с первых суток жизни.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

В первой группе средний показатель (в днях), когда была отменена респираторная терапия, составил $3,1 \pm 1,1$ день жизни. Во второй группе: у детей на СРАР $4,8 \pm 1,5$ ($p < 0.05$), на ИВЛ – $5,8 \pm 2,7$ ($p < 0.05$).

Заключение

Одним из самых серьезных процессов срыва ранней неонатальной адаптации является развитие синдрома дыхательных расстройств. Чем ниже гестационный возраст ребенка, тем выше частота развития СДР и выше потребность в проведении респираторной поддержки, сурфактантной терапии. Раннее введение в парентеральное питание витаминных препаратов (комплекса жирорастворимых витаминов «Виталипид Н») способствует снижению продолжительности проведения респираторной терапии.



Болезни новорожденных

ЗНАЧЕНИЕ ФЕРРИТИНА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-НОВОРΟЖДЕННЫЙ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ

Бахмутова Л.А., Штепо М.В., Утешова И.А., Жумашева Л.С., Бережнова Т.А.

ГБУЗ АО АМОКБ
г. Астрахань

Цель

Изучение ферритина в триаде мать-плацента-новорожденный при фетоплацентарной недостаточности, сопровождающейся ХВГ и ЗВУР плода

Материалы и методы

Исследование ферритина в сыворотке крови матери и в пуповинной крови методом твердофазного ИФА с использованием набора реагентов ИФА-ферритин ЗАО «Алкор Био».

Результаты

Уровень сывороточного ферритина у матерей основной группы наблюдения (с преэклампсией и ХВГ плода) оказался более низким, чем в контроле ($9,74 \pm 0,28$ МЕ/л и $16,9 \pm 0,34$ МЕ/л соответственно) ($p < 0,01$). Содержание ферритина в сыворотке ПК новорожденных основной группы наблюдения составило $102,99 \pm 1,2$ МЕ/л, что достоверно отличалось от данных группы контроля – $137,7 \pm 1,4$ МЕ/л ($p < 0,05$). Концентрации тканевого (плацентарного) ферритина у матерей с преэклампсией, ХВГ и ЗВУР плода были значительно ниже, чем в контроле ($7,5 \pm 0,26$ мг/л против $10,55 \pm 1,03$ мг/л) ($p < 0,01$). Как выяснилось, преэклампсии с ХВГ и ЗВУР плода сопутствует низкое содержание ферритина у матери, в ПК и тканях плаценты.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Эти сведения представляются весьма значительными, если учесть, что в физиологических условиях плацента активно извлекает требующееся для плода количество железа из крови матери, независимо от его содержания в материнском организме [1].

Следует согласиться с мнением исследователей, что при нормальном течении беременности реализуется регулирующая функция плаценты, проявляющаяся в трансплацентарном переносе железа посредством двух основных механизмов: оперативного, когда плазменное железо матери за короткий промежуток времени транспортируется в фетальный кровоток без предварительного депонирования в плаценте, а также дублирующего механизма, при котором дополнительно мобилизуются ферритин-гемосидериновые запасы плаценты [2].

Заключение

Таким образом, при преэклампсии и ХВГ плода, по-видимому, происходит срыв компенсаторных механизмов регуляции обмена железа и синтеза ферритинов с достоверным снижением их концентраций в системе мать-плацента-новорожденный.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ

Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Макаренко Е.В., Харина Т.В.

*Кафедра педиатрии и неонатологии Кемеровского государственного
медицинского университета
г. Кемерово*

Цель

Изучение влияния функционирующего артериального протока на постнатальную адаптацию сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 19 детей с экстремально низкой массой тела в ОКПЦ им. Решетовой Л.А. г. Кемерово в 2018г. Проанализированы клинико-anamnestические, антропометрические данные и результаты эхокардиографии (ЭХОКГ). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета «Statistica 10.0» и Microsoft Excel.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Результаты

Путем экспертной оценки все пациенты были разделены на две группы в зависимости от времени закрытия артериального протока: 1-я группа (11 детей) 57,8% – артериальный проток закрылся до 2 месяцев жизни, 2-я группа (8 детей) 42,1% – артериальный проток остался открытым после 2 месяцев жизни и выписки из отделения патологии новорожденных. Достоверное отличие между группами было выявлено по ОПСС на 2 неделе жизни. 1-я группа – $10823 \pm 990,5$ дин/см/сек5, 2-я группа $13164 \pm 4116,849$ дин/см/сек5 ($p=0,032$). На 4 неделе ОПСС 1-я группа – $6100 \pm 832,4$, 2-я группа – 7291 ± 716 дин/см/сек5 ($p=0,03$). Следовательно, для новорожденных с ЭНМТ с длительно функционирующим артериальным протоком характерна гиперкинетическая направленность гемодинамики в первый месяц жизни. После первого месяца жизни функционирующий артериальный проток не оказывал значимого влияния на гемодинамику. Достоверного отличия между группами по другим показателям: данным инструментальных исследований (ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки), лабораторных (биохимический и общий анализ крови, КЩС) антропометрическим показателям (рост, вес, шкала Болларда) типу и виду респираторной поддержки выявлено не было.

Заключение

Таким образом, длительное функционирование артериального протока у недоношенных детей с ЭНМТ не оказывает значимого влияния на перестройку гемодинамики и адаптацию сердечно-сосудистой системы после рождения. Для недоношенных детей, рожденных с ЭНМТ и с функционирующим артериальным протоком более 2 месяцев жизни характерно развитие гиперкинетического типа кровообращения на первом месяце жизни. Контроль за факторами, влияющими на ОПСС на первом месяце жизни, позволит уменьшить влияние функционирующего артериального протока на постнатальную адаптацию ССС.



ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Муреева Е.Н., Панина О.С., Черненко Ю.В., Сказкина В.В., Киселев А.Р.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ
г. Саратов

Цель

Целью данной работы было изучение особенностей вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у новорожденных.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2 этапа на базе ГУЗ ПЦ г. Саратова. I этап – ретроспективный анализ 500 историй развития новорожденных в период 2016–2018 гг. II этап – было выбрано 100 детей, которым была проведена синхронная регистрация сигналов ЭКГ и ФПГ сосудов. Для анализа вариабельности сердечного ритма из ЭКГ была выделена последовательность КИГ.

Результаты

Задачи исследования: 1. Выявление частоты встречаемости проявлений вегето-висцерального синдрома. 2. Оценка клинических проявлений вегето-висцерального синдрома и их значимость. 3. Проведение анализа особенностей вегетативной регуляции на основе спектральных оценок вариабельности ритма сердца и синхронизации механизмов барорефлекторной регуляции сердца и периферического сосудистого тонуса.

Результаты: При анализе историй развития новорожденных было выявлено, что проявления вегето-висцерального синдрома были зарегистрированы в 89% случаев (445 историй).

Симптомы проявлений вегето-висцерального синдрома: нарушение в работе ЖКТ: частые срыгивания, эзофагит (встречается у 65% детей), приступы кишечных колик – 15%, дыхательные расстройства (расстройства ритма дыхания, аспирационный синдром) – 8%, расстройства терморегуляции – 50%, изменение окраски кожных покровов – 62%, недостаточная прибавка массы тела – 16%, расстройства сна – 15%.

Было показано, что барорефлекторные регуляторные механизмы (проявляющиеся в виде низкочастотных колебаний в ритме сердца и периферическом кровотоке) у взрослых людей и новорожденных имеют немного разные частоты: средняя частота составляет 0,1 Гц и 0,07 Гц, соответственно. При сравнении спектральных показателей вариабельности сердечного ритма у новорожденных и взрослых лиц стати-



стически значимые различия были выявлены только для показателя LF%, который характеризует барорефлекторные влияния на сердце, значения которого были ниже у новорожденных. Степень синхронизации механизмов барорефлекторной регуляции сердца и периферического сосудистого тонуса (индекс S) у здоровых новорожденных значимо ниже таковой у здоровых взрослых людей ($p=0,023$).

Заключение

Процессы низкочастотной регуляции ритма сердца и периферического кровенаполнения у здоровых детей менее активно взаимодействуют друг с другом чем у здоровых взрослых лиц, что проявляется в более низких значениях индекса суммарного времени их фазовой синхронизации и объясняется незрелостью вегетативной регуляции ССС. Это клинически важно, т.к. вегетативная дисфункция обуславливает нестабильность быстрых адаптационных процессов в ССС, повышая риск неврологических осложнений.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта президента РФ МК-2492.2019.8

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Прилуцкая В.А., Шишко Ю.А., Павловец М.В., Александрович А.Ю.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск

Цель

Оценить значимость факторов, ассоциированных с развитием дезадаптации у детей от матерей с ожирением (О) и избыточной массой тела (ИзбМТ) в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы

В исследование включен 221 ребенок (М/Д=111/110) от женщин с прегравидарным ИМТ более 25,0 кг/м² на базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя». Средний срок гестации 38,5 (37,5–39,0) недель. Статобработка выполнена в Statistica 10. Применяли χ^2 или критерий Фишера, затем проводили расчет отношения шансов (ОШ) и доверительного интервала (95% ДИ).

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Результаты

Дети разделены на 2 группы: 1-ю группу (Гр1) составили новорожденные, выписаны из роддома домой ($n=160$, МТ 3500 (3280–3910) г, длина 53(52–55) см), во 2-ю (Гр2) – нуждавшиеся в переводе на второй этап в связи с развитием осложнений ($n=61$, МТ 3450 (3060–3660) г, длина 51 (50–53) см). Возраст, прегРИМТ, паритет беременности, родов у матерей групп наблюдения не различались. У матерей Гр2 достоверно чаще встречались артериальная гипертензия (ОШ=1,57 (ДИ 95% 1,05–2,35), $p=0,031$), метаболический синдром (ОШ=2,98 (1,84–4,82), $p=0,033$). Беременность у них чаще осложнялась ХФПН (ОШ=1,16 (1,04–1,80), $p=0,002$). Новорожденные Гр2 значимо чаще рождены путем операции кесарева сечения, чем дети Гр1 (ОШ=2,99 (1,88–4,76), $p=0,003$). Выявлены особенности гистологического исследования плаценты со значимым повышением частоты воспалительных изменений (ОШ=3,37 (2,17–5,23), $p=0,029$), фиброплазии стромы ворсин (ОШ=27,52 (20,10–37,64), $p=0,002$) и отеком (ОШ=24,00 (17,28–33,31), $p=0,018$) в Гр2. Среди детей Гр2 достоверно чаще были как маленькие к сроку гестации (ОШ=15,3; ДИ 95% 9,97–23,43), так и крупновесные (ОШ=18,69; ДИ 95% 12,73–27,43), регистрировалась гипогликемия в 1 сутки жизни (ОШ=1,97 (1,29–3,00), $p=0,04$).

Заключение

Факторами, ассоциированными с дезадаптацией у детей от матерей с пергравидарным ожирением и избыточной массой тела в раннем неонатальном периоде, по результатам оценки ОШ были артериальная гипертензия, метаболический синдром, ХФПН, изменения в плаценте, оперативное родоразрешение, отклонения показателей физического развития детей при рождении, как в сторону маловесности, так и крупновесности к сроку гестации, метаболические нарушения в первые сутки жизни.



МОТОРНОЕ И ПСИХО-ПРЕДРЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВРОЖДЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ И РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС, В ПЕРВЫЕ 12 МЕСЯЦЕВ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА

Амирханова Д.Ю.¹, Дегтярева А.В.^{1,2}, Михайлова О.В.¹, Ушакова Л.В.¹, Никитина И.В.¹,
Киртбая А.Р.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}, Албегова М.Б.¹, Пучкова А.А.¹, Джуккаева М.М.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
г. Москва

Актуальность

Недоношенные дети, родившиеся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), составляют группу наибольшего риска по развитию врожденной пневмонии и раннего неонатального сепсиса, которые ассоциированы с высокой частотой неврологических нарушений. Имеющиеся в литературе данные о частоте отдаленных неврологических последствий у недоношенных детей, перенесших врожденную инфекцию, ограничены, что диктует необходимость их дальнейшего изучения.

Цель

Оценить моторное, психо-предречевое развитие и неврологические исходы у недоношенных детей, рожденных с ЭНМТ и ОНМТ, перенесших врожденную пневмонию и ранний неонатальный сепсис, в 3, 6 и 12 месяцев скорректированного возраста (СВ).

Материалы и методы

Обследовано 80 пациентов, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ на сроке гестации от 26 до 32 недель, перенесших врожденную пневмонию или ранний неонатальный сепсис. Критериями исключения: масса тела при рождении 1500 и более граммов и гестационный возраст более 32 недель, врожденные пороки сердца с формированием недостаточности кровообращения 2 и более степени, врожденные пороки развития головного мозга, синдромальная патология, гемолитическая болезнь новорожденных и врожденная инфекция вирусной этиологии. Всем детям проводилась нейросо-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

**26–28 ноября, 2019**

В начало

Содержание

нография, стандартная оценка неврологического статуса и оценка психомоторного развития по шкале Гриффитс в возрасте 3, 6 и 12 месяцев СВ. Магнитно-резонансная томография головного мозга выполнена 55 пациентам.

Дети разделены на две группы: первая группа (основная) (N=35) – дети с врожденной пневмонией и ранним неонатальным сепсисом. Дети данной группы были разделены на две подгруппы: 1А подгруппа (N=13) – пациенты с диагнозом ранний неонатальный сепсис; 1Б подгруппа (N=22) – пациенты с диагнозом врожденная пневмония. Вторую группу (N=45) составили дети, основным диагнозом которых был РДС (пациенты без признаков врожденной бактериальной инфекции – группа сравнения). Дети исследуемых групп были сопоставимы по основным показателям, таким как: гестационный возраст, масса тела при рождении, длина и окружность головы при рождении, степень тяжести асфиксии при рождении.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 8.0» (StatSoft Inc., США).

Результаты

Последствия гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы, проявляющиеся патологическими нарушениями мышечного тонуса, в 3 месяца СВ статистически значимо чаще выявлялись у детей 1А и 1Б подгрупп по сравнению детьми 2 группы ($p=0,01$ и $p=0,044$ соответственно). Среди детей 1Б подгруппы и 2 группы возрастная норма встречалась у 59% и 75,6% детей, соответственно.

В 6 месяцев СВ последствия гипоксически-ишемического поражения ЦНС, проявляющиеся патологическим изменением мышечного тонуса, статистически значимо чаще встречались в 1А и 1Б подгруппах в сравнении со второй группой ($p=0,003$ и $p=0,011$, соответственно). Среди детей 1Б подгруппы и 2 группы возрастная норма встречалась у 50% и 67% детей, соответственно, тогда как в 1А подгруппе только 30,8% детей имели соответствующие возрасту показатели.

В 12 месяцев СВ неврологический статус детей 1А и 1Б подгрупп статистически значимо реже соответствовал норме, чем у детей второй группы ($p=0,042$ и $p=0,04$, соответственно). Детский церебральный паралич статистически значимо чаще встречался в 1А подгруппе по сравнению с группой сравнения ($p=0,02$).

При оценке психомоторного развития детей по шкале Гриффитс было выявлено, что в возрасте 3 месяцев СВ дети 1А подгруппы не имели статистически значимых различий в сравнении с 1Б и 2 группами. В 6 и 12 месяцев СВ дети 1А подгруппы имели статистически значимую задержку психомоторного развития по сравнению с детьми 1Б подгруппы и группы сравнения.

По данным нейросонографии в 3 месяца СВ вентрикулодилатация статистически значимо чаще отмечалась у детей 1Б подгруппы по сравнению с детьми 2 группы

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

($p=0,003$). В возрасте 3, 6 и 12 месяцев СВ порэнцефалия статистически значимо чаще выявлялась у детей 1А подгруппы по сравнению с детьми 2 группой ($p=0,047$).

По данным МРТ-исследования в 1А подгруппе детей статистически значимо чаще, чем во 2 группе были выявлены вентрикуломегалия ($p=0,047$) и порэнцефалия ($p=0,047$). Перивентрикулярный глиоз статистически значимо чаще отмечался у детей 1А и 1Б подгрупп по сравнению с детьми группы сравнения ($p=0,009$ и $p=0,032$ соответственно).

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что дети с врожденной инфекцией и, в особенности, перенесшие ранний неонатальный сепсис, составляют группу высокого риска по развитию неврологических нарушений, в том числе, детского церебрального паралича. Оценка психо-моторного развития и прогноз неврологического исхода у глубоко недоношенного ребенка требует длительного динамического наблюдения и комплексного подхода с использованием клинко-инструментальных методов.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ NEAR MISS В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

Васильева Ж.Б., Сенькевич О.А., Плотоненко З.А.

Актуальность темы

В Хабаровском крае ежегодно происходит снижение показателя младенческой смертности (МС) за счет снижения доли ранней неонатальной смертности, что, несомненно, является не только результатом высококвалифицированной деятельности неонатологов, но и организационных, методических и образовательных инноваций. Дальнейшее снижение показателя МС требует поиска иных подходов к обеспечению фундаментального права человека – права на жизнь, т.к. на современном этапе развития медицинской науки и практики существует резерв – дети, перенесшие критические состояния. Neonatal near miss – это новорожденные, которые едва не погибли, но выжили, преодолев серьезные осложнения во время беременности, в родах или в течение первых 7 дней внеутробной жизни (Pileggi C et. al, 2010). По критериям ВОЗ (2014) к неонатальным случаям «near miss» относятся дети с 1) массой тела при рождении менее 1750 гр.; 2) оценкой по шкале Апгар на 5 минуте менее 7 баллов; 3) гестационным возрастом при рождении менее 33 недель; 4) ИВЛ в первые 7 суток жизни. Причины неонатального «near miss» неотложные (экстренный режим, подготовка не проводится) и разделяются на угрозу жизни матери и угрозу жизни плода. Также причины могут быть запланированными (управляемые, когда родоразрешение

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

**26–28 ноября, 2019**

В начало

Содержание

показано, но может быть отсрочено – проводятся подготовительные мероприятия: ятрогенными (мекониальная аспирация, асфиксия, акушерская агрессия) и организационными (родоразрешение не на соответствующем уровне). Тема «едва не умерших» детей актуальна потому, что благодаря её изучению, выявив структуру патологии у детей данной группы, можно понять упущенные возможности и совершенствовать систему оказания помощи таким детям.

Цель работы

Изучить частоту встречаемости и структуру патологических состояний неонатальной «near miss» в Хабаровском крае.

Материалы и методы

Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ причин случаев неонатальной «near miss» в Хабаровском крае в период с 01.01.2018 года по 31.12.2018 года.

В Хабаровском крае организована трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам и детям с направленной деятельностью в области охраны материнства и детства, репродуктивного здоровья и мониторингом случаев младенческой и материнской смертности. В имеющиеся в Хабаровском крае 2 реанимационных отделения для новорожденных (Перинатальный центр, г Хабаровск и Городская больница No7, г Комсомольск-на-Амуре) госпитализируются новорожденные дети из любых лечебных учреждений Хабаровского края и в 2018 году первичная госпитализация была в 716 случаях.

Результаты

Анализ причин госпитализации позволил установить, что критериям неонатальной «near miss» соответствовало 209 детей (29%, 13,9%0), при этом преобладали дети, родившиеся до 33 недели гестации (65%), из них дети с гестационным возрастом 29–30 недель составляли 20%. Второе ранговое место в структуре «near miss» занимала асфиксия при рождении (31 пациент, 14,8%), особенностью которой являлось преобладание «поздних недоношенных» детей (срок гестации при рождении 35–36 недель) (5%) и «ранних доношенных (срок гестации при рождении 37–38 недель) (10%). Респираторную поддержку в первые 7 дней жизни получали все 209 детей, как инвазивный, так и неинвазивный вариант.

В 2018 году в Хабаровском крае ранняя неонатальная смертность составила 0,9 на 1000 живорожденных. Из 14 детей, умерших в первые 168 часов жизни, 1 ребенок массой 500–749 г, 1 – 750–999 г., 3 ребенка – 1000–1499 г., 2 ребенка – 1500–2499 г., 7 детей массой тела при рождении более 2500 г. От пороков развития умерло 4 (28,6%)

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

ребенка, инфекционные заболевания были причиной в 3 (21,4%) случаях, от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, умерло 7 (50%) новорожденных.

Сопоставление причин ранней неонатальной смертности и неонатального «near miss» продемонстрировало объективно значительное преобладание маловесных новорожденных.

Выводы: концепция и индикаторы неонатального «near miss» предоставляют информацию, которая может быть полезна для оценки качества оказания медицинской помощи новорожденным и определения приоритетов ее дальнейшего улучшения. «Neonatal near miss» можно считать основным инструментом для определения факторов риска, связанных со смертностью новорожденных. Необходим детальный анализ каждого случая не только неонатальной смертности, но и неонатального «near miss», поскольку, кроме определения структуры причин смертности, случаи «near miss» дают возможность дифференцировать запланированные, ятрогенные и организационные причины тяжелых исходов для новорожденных в неонатальном периоде и проводить превентивные целенаправленные мероприятия.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВорожденных РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Герасимова А.В.², Иванова Л.А.², Никитина И.В.¹, Круг-Йенсен О.А.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
г. Москва

Актуальность

Наиболее частой причиной ухудшения клинического состояния новорожденных, в особенности глубоко недоношенных детей, в возрасте старше 72 часов жизни является развитие госпитальных инфекций. Учитывая незрелость факторов иммунной защиты, несовершенство фагоцитарного звена, снижение способности к продук-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

ции активных форм кислорода и кислородных радикалов у недоношенных детей, колонизация условно-патогенной микрофлорой может привести к развитию у пациентов данной группы позднего неонатального сепсиса и к летальному исходу. Манифестация инфекционного процесса сопровождается повышением одного или нескольких маркеров воспаления. В связи с этим представляется актуальным понимание особенностей клинических проявлений и изменения лабораторных маркеров синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) у недоношенных новорожденных в зависимости от срока гестации.

Цель исследования

Изучить особенности лабораторных маркеров ССВО при развитии госпитальных инфекций у недоношенных новорожденных различного гестационного возраста (ГВ).

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 125 эпизодов клинического ухудшения состояния у 50 недоношенных новорожденных в возрасте старше 72 ч жизни, связанных с развитием нозокомиальных инфекций. Все дети, включенные в исследование, были госпитализированы для обследования и лечения в ОРИТН ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период с января 2017 по декабрь 2018 года. Исходя из гестационного возраста, новорожденные разделены на три подгруппы: 1) 25–28 недель ($n=12$, 36 ухудшений), 2) 29–32 недели ($n=28$, 77 случаев ухудшения), 3) более 32 недель ($n=10$, 12 случаев ухудшения).

Результаты

В ходе исследования проведено сравнение лабораторных показателей ССВО (повышение уровня С-реактивного белка, прокальцитонина, лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилез или нейтропения, повышение нейтрофильного индекса, тромбоцитопения), проконтролированных при ухудшении клинического состояния ребенка у детей данных групп. Повышение уровня прокальцитонина наблюдалось значительно чаще, чем повышение С-реактивного белка во всех группах (65,7% vs 19,4% в 1 группе; 47,3% vs 15,3% во 2 группе и 41,7% vs 25% в 3 группе). Повышение уровня лейкоцитов более $20 \cdot 10^9/\text{л}$ не встречалось у новорожденных со сроком гестации более 32 недель и несколько чаще отмечалось у глубоконедоношенных детей 25–28 недель гестации по сравнению с группой 29–32 недели (38,8% vs 25,3%). Нейтрофильный индекс чаще повышался в 1 группе детей по сравнению со 2 и 3 группами (19,4% vs 5,3% vs 0%). Частота тромбоцитопении также была выше в группах 25–28 и 29–32 недели по сравнению с детьми, чей ГВ был более 32 недель (30,6% и 22,7% vs 8,3%).

**Выводы**

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у новорожденных ГВ ≤ 28 недель отмечались как наибольшая частота эпизодов клинического ухудшения состояния, ассоциированных с развитием госпитальных инфекций, так и максимально выраженные изменения лабораторных маркеров ССВО. У новорожденных более 32 недель гестации лабораторные отклонения были выражены в меньшей степени, поэтому у данной группы детей при подозрении на манифестацию инфекционного процесса следует, наряду с изменением маркеров системного воспалительного ответа, обращать более пристальное внимание на изменения в клиническом состоянии ребенка. Повышение уровня прокальцитонина наиболее часто регистрировалось у недоношенных новорожденных всех групп, в сравнении с повышением уровня С-реактивного белка. Однако ни один из исследованных маркеров не продемонстрировал чувствительность, близкую к 100%, поэтому все полученные лабораторные данные при исследовании маркеров ССВО у недоношенных детей с течением инфекционного процесса необходимо анализировать в совокупности.

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАЗВИТИЯ
ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ
У ПОЗДНЕГО НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА
С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ**

Деревягина О.С.^{1,2}, Нароган М.В.^{1,2}, Макулова А.И.³, Рындин А.Ю.^{1,2}, Рюмина И.И.¹, Пекарева Н.А.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

³ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
г. Москва

Актуальность

Одним из факторов риска развития острого почечного повреждения (ОПП) является асфиксия при рождении. Возникновение асфиксии у недоношенного ребенка в виду структурно-функциональной незрелости почек может повышать частоту и тяжесть почечной патологии.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Цель работы – представить клинический случай ОПП у позднего недоношенного ребенка, родившегося в тяжелой асфиксии.

Материалы и методы

Недоношенный мальчик Г., родился у женщины 40 лет, от 2 беременности, наступившей в результате ЭКО, протекавшей с угрозой прерывания беременности, истмико-цервикальной недостаточностью. Роды 1-е – на сроке 35 недель путем операции кесарева сечения, в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты. При рождении – масса тела 2980 г, рост 50 см, оценка по шкале Апгар 3–5–7 баллов, проведена интубация трахеи, ИВЛ.

Результаты

После стабилизации состояния в род.зале ребенок на ИВЛ был переведен в ОРИТН. Учитывая наличие признаков внутричерепного подбололочечного кровоизлияния на нейросонограмме, лечебная гипотермия не проводилась. После поступления в ОРИТН начата ВЧО ИВЛ (1–3 сутки), потребовалась массивная кардиотоническая терапия (1–4 сутки), по поводу судорог получал диазепам (1–7 сутки). В связи с возникновением легочного кровотечения и анемии в 1 сутки проводилась трансфузия свежемороженой плазмы и отмытых эритроцитов. До 7 суток получал полное парентеральное питание с учетом тяжести состояния и желудочного кровотечения на 6 сутки. Парентеральная доза белка составила в 1-е сутки – 1,5 г/кг, на 2 – 2 г/кг, на 3 – 2,5 г/кг, на 4 – 2 г/кг, далее – 1,5 г/кг, учитывая ОПП.

В 1–3 сутки у ребенка отмечалась олигурия, отеки, прибавка массы +860 г от веса при рождении, снижение почечного кровотока по данным доплерографии. На 3 сутки выявлено повышение креатинина сыворотки крови до 206,7 мкмоль/л, мочевины до 20,6 ммоль/л. Через 24 часа уровень креатинина вырос до 289,3 мкмоль/л, мочевины до 32,6 ммоль/л, что по KDIGO соответствует III стадии ОПП. Учитывая стабилизацию гемодинамики, к лечению был добавлен фуросемид (3–7 сутки). Максимальный уровень креатинина 321 мкмоль/л зарегистрирован на 11 сутки, после чего начал снижаться. Уровень калия оставался в норме. С 4 суток темп диуреза восстановился, но периодически регистрировались повышенные прибавки массы за сутки без видимых отеков. С 9 суток ребенок находился на самостоятельном дыхании, с 13 суток – на полном энтеральном питании (160 мл/кг/сут, белок 1,9 г/кг/сут).

Ребенок с 1 суток получал ампициллин и гентамицин (5 мг/кг/сут) по поводу врожденной пневмонии. На 3 сутки произведена смена на ампициллин+сульбактам, гентамицин отменен в связи с ОПП. На 6 сутки, учитывая высокий уровень ПКТ и нейтрофилез, назначен Цефоперазон+Сульбактам и Линезолид (применение ванкомицина было исключено).

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

На 12 сутки появилась выраженная гипонатриемия (119 ммоль/л). Дотация натрия осуществлялась до 16 суток (парентерально, затем энтерально) с максимальной дозой 10 ммоль/кг/сут.

В клинических анализах мочи обращало внимание наличие протеинурии и глюкозурии с 3 по 13 сутки, в т.ч. при нормогликемии, что, по-видимому, свидетельствовало о снижении канальцевой реабсорбции.

При проведении ультразвукового исследования на 12 сутки обращало внимание увеличение размеров почек: индекс массы почек 1,1% от веса (норма 0,55%).

Из стационара ребенок выписан на 35 сутки жизни в удовлетворительном состоянии, на момент выписки концентрация креатинина составила 145,1 мкмоль/л, мочевины 12,1 ммоль/л.

Заключение

Таким образом, у позднего недоношенного ребенка развилась III стадия ОПП в результате тяжелой асфиксии, сопровождавшейся нестабильностью гемодинамики, течением инфекции, нарушением кровотока в почечных артериях. Усугубляющими факторами могли стать применение гентамицина в дозе 5 мг/кг/сут и трансфузия эритроцитарной массы в 1 сутки. Ранняя диагностика ОПП необходима для определения дальнейшей тактики ведения таких детей. В подобных случаях по-видимому рационально рассматривать вопрос о проведении заместительной почечной терапии.



ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЕЧЕНИЕМ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ОРИТН

Иванова Л.А.², Герасимова А.В.², Исаева Е.Л.¹, Никитина И.В.¹, Круг-Йенсен О.А.^{1,2},
Дегтярев Д.Н.^{1,2}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
г. Москва

Актуальность

Непрерывное совершенствование методов выхаживания недоношенных новорожденных увеличило показатели выживаемости среди данной категории детей. Вместе с тем использование высоких перинатальных технологий предполагает длительное выхаживание и лечение недоношенных детей в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТН). Несовершенство факторов иммунной защиты, связанное с морфо-функциональной незрелостью таких новорожденных, создаёт предпосылки для реализации инфекционного процесса при колонизации слизистых оболочек верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта условно-патогенными микроорганизмами в условиях стационара. Это является наиболее частой причиной развития ухудшений клинического состояния таких детей в возрасте старше 72 часов жизни. Знание о колонизации микроорганизмами слизистых оболочек недоношенных новорожденных – пациентов ОРИТН – необходимо для своевременного предупреждения и рационального лечения бактериальных инфекций, возникающих в процессе выхаживания.

Цель исследования

Изучить особенности микрофлоры слизистых оболочек верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта недоношенных новорожденных, получающих лечение в условиях ОРИТН.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

**26–28 ноября, 2019**

В начало

Содержание

Материал и методы

Проведен анализ микрофлоры, полученной в результате исследования посевов отделяемого зева, кала и крови на стерильность при 125 эпизодах клинического ухудшения состояния, связанных с развитием госпитальной инфекции, у 50 недоношенных новорожденных в возрасте старше 72 ч жизни. Все дети были госпитализированы для обследования и лечения в ОРИТН ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период с января 2017 по декабрь 2018 года. Исходя из гестационного возраста, пациенты разделены на три подгруппы: 1) 25–28 недель (36 эпизодов ухудшения состояния у 12 детей), 2) 29–32 недели (77 эпизодов ухудшения у 28 детей), 3) более 32 недель (12 эпизодов ухудшения у 10 детей). Во всех наблюдениях был проведен ретроспективный анализ материнской и неонатальной документации.

Результаты

В ходе исследования особое внимание было обращено на особенности микробиологической картины в период ухудшения клинического состояния у детей исследуемых групп. Положительная гемокультура получена в значительно большем числе случаев у пациентов 1 группы (13,8% vs 9,2% vs 9,1%). В 8 случаях (2 случая у пациентов из 1 группы, 5 случаев у пациентов из 2 группы и 1 случай у новорожденного из 3 группы) ухудшение клинического состояния с высокой вероятностью связано с транслокацией возбудителя из желудочно-кишечного тракта в кровь и развитием бактериемии, что было подтверждено определением одного и того же возбудителя в различных образцах биоматериала. Положительный результат микробиологических посевов отделяемого из зева и ануса также чаще отмечался у детей 1 группы (80,6% vs 63,4% vs 72,7% и 80,6% vs 65,3% vs 63,6% соответственно). Микробиологический пейзаж представлен преимущественно грам-положительными кокками у недоношенных новорожденных всех трех групп (52,4%, 56,3% и 55,6% от всех обнаруженных микроорганизмов соответственно) с превалированием коагулазонегативных стафилококков. Грам-отрицательная микрофлора составила 28,1% в 1 группе, 23,6% во 2 и 44,4% – в 3 группе и была представлена различными представителями семейства Enterobacteriaceae с преобладанием *Klebsiella pneumoniae* во всех группах детей. Высев грибковой микрофлоры отмечался только у глубоконедоношенных новорожденных 1 и 2 групп практически в одинаковом соотношении (19,5% и 20,1%) и во всех случаях был представлен грибами вида *Malassezia furfur*.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при реализации инфекционного процесса после 72 ч жизни среди условно-патогенной микрофлоры у недоношенных детей любого гестационного возраста превалируют грам-положительные коагулазо-

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

негативные стафилококки. Грам-отрицательная флора с преимущественным преобладанием *Klebsiella pneumoniae* выявлена в качестве возможного причинного возбудителя госпитальных инфекций у 28,1% недоношенных новорожденных в 1 группе, 23,6% новорожденных во 2 и 44,4% – в 3 группах. Грибковая микрофлора, представленная грибами вида *Malassezia furfur*, обнаружена только у глубоконедоношенных новорожденных 1 и 2 групп в 20% от общего числа выявленных микроорганизмов.

Полученные в ходе исследования данные целесообразно учитывать при назначении эмпирической антибактериальной и противогрибковой терапии недоношенным новорожденным, госпитализированным в ОРИТН.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Караваяева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В. Тютюнник В.Л.

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва

Преэклампсия – тяжелейшее осложнение беременности, оказывающее значимое влияние на состояние беременной женщины, плода и новорожденного ребенка. По данным мировой литературы до 15 млн. детей ежегодно рождаются недоношенными в результате осложнения беременности преэклампсией. В 12–20% случаев регистрируется внутриутробная гипоксия и задержка развития плода, а ранний неонатальный период осложняется инфекционной патологией, респираторными, гематологическими, метаболическими нарушениями, геморрагическими осложнениями, что приводит к более длительному наблюдению в стационаре после рождения. Однако до недавнего времени считалось, что заболеваемость недоношенных новорожденных детей имеет прямую связь от гестационного возраста, поэтому изучение вклада преэклампсии в неонатальную заболеваемость остается актуальным.

Цель исследования

Провести анализ состояния здоровья поздних недоношенных новорожденных у матерей с преэклампсией.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Материалы и методы исследования

В исследование включены 193 пары мать – новорожденный, наблюдавшиеся в ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ в период 2015–2018 гг. Новорожденные гестационным возрастом 34–36 недель были распределены на 2 группы: 1 группа – новорожденные у матерей с преэклампсией ($N = 47$), 2 группа – группа контроля ($N = 144$).

Результаты исследования

Средний возраст женщин составил в 1 группе $33,79 \pm 6,61$ лет, во 2 группе $32,19 \pm 5,19$ лет. У 87% женщин 1 группы имели избыточный вес на момент наступления беременности ($ИМТ = 28,77 \pm 4,9$), по сравнению с контрольной группой ($ИМТ 25,61 \pm 3,98$). Наступление беременности в результате ВРТ было выше в основной группе ($n=13$, 27,66%), чем в группе контроля 21,53% ($n=31$).

В качестве способа родоразрешения в большинстве случаев применялась операция кесарева сечения: в 1 группе у 74,46% ($n=35$), во 2 группе – 52,08% пациенток ($n=75$). Срок родоразрешения достоверных различий не имел и составил $35,7 \pm 0,85$ недель и $35,89 \pm 0,47$ недель соответственно.

Вес детей при рождении в 1 группе – 1416 ± 3700 г, во 2 группе – $2616 \pm 391,97$ г ($p < 0,001$). При этом задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 31,81% ($n=14$) новорожденных 1 группы, во 2 группе – 7,89% ($n=11$).

Умеренная асфиксия при рождении фиксировалась исключительной новорожденных 1-й группы ($n=2$; 4,54%), средние показатели состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5 минут достоверных различий не имели ($7,29 \pm 0,88$ и $8,14 \pm 0,65$ в 1-й группе, $7,85 \pm 0,35$ и $8,55 \pm 0,5$ во 2-й группе).

Однако заболеваемость в основной группе и группе контроля имели достоверные различия. Так врожденная инфекционная патология встречалась в 9 раз чаще в основной группе ($n=21$; 47,72%), в группе контроля $n=8$ (5,26%). Большой вклад в инфекционную патологию вносит заболеваемость врожденной пневмонией в 1 группе 18,18% ($n=8$), во 2 группе – 2,63% ($n=4$). Транзиторные дыхательные нарушения, потребовавшие респираторной поддержки, почти в 4 раза чаще регистрировались в основной группе ($n=9$; 20,45) по сравнению с контролем ($n=8$; 5,26%). Терапия инфекционных заболеваний, необходимость в проведении респираторной терапии новорожденным первой группы, а также тяжесть состояния новорожденных у матерей с преэклампсией обуславливает необходимость наблюдения новорожденных в отделениях реанимации новорожденных, а также отделениях второго этапа выхаживания.

Заключение: Новорожденные ГВ 34–36 недель у матерей с преэклампсией, имеют значительно больше факторов риска нарушения периода адаптации, что обуславливает необходимость оптимизации условий выхаживания с первых часов жизни.



ВЕС ПЛАЦЕНТЫ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ПЛОДОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ АНТЕНАТАЛЬНОГО ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА

Невмержицкая О.В., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Бородина О.Н., Струпенева У.А.,
Чупаева О.Ю. Наумов А.Б., Черномордова А.В.

*СПб ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия*

*СПб ГБУЗ «Родильный дом No18», Санкт-Петербург, Россия
г. Санкт-Петербург*

Цель

Изучить частоту и факторы риска ЗВУР у плодов с высоким риском антенатального летального исхода на фоне хронического нарушения маточно-плацентарного кровотока.

Методы

Проведено наблюдательное аналитическое продольное ретроспективное исследование, направленное на изучение факторов риска развития антенатальной летальности. В основную группу включены 146 плодов с задержкой внутриутробного развития, в которой наблюдались 77 антенатальных летальных исходов – 77; 2 группа состояла из 150 здоровых плодов.

Результаты

Критериями включения в исследование были: 1. женщины, поступившие по территориальному признаку с антенатальной гибелью плода вне лечебного учреждения; 2. родоразрешение в стационаре; 3. наличие данных ультразвукового скринингового обследования на всех этапах наблюдения с точными параметрическими данными о состоянии гемодинамики плода и плаценты. Популяция в исследовании состояла из 296 плодов в период с 1 января 2017 г по 31 января 2019 г. Находившихся в «Родильный дом No 18» в Санкт-Петербурге. В основную группу включены 146 плодов с задержкой внутриутробного развития, в которой наблюдались 77 антенатальных летальных исходов – 77; 2 группа состояла из 150 здоровых плодов. Антенатальная

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

летальность в 1 группе с задержкой внутриутробного развития – 52,7%, во второй летальности не было. В группе с задержкой внутриутробного развития гестационный возраст $35,2 \pm 5,3$ (95% ДИ: 34,4–36,1), вес плода 2024 ± 874 г (95% ДИ: 1881–2167), рост: 1 гр. = $43,8 \pm 7,5$ см (95% ДИ: 42,6–45); во 2 группе: гестационный возраст $39,4 \pm 1$ (95% ДИ: 39,2–39,5), вес плода 3436 ± 344 г (95% ДИ: 3380–3492), рост $52,4 \pm 1,8$ см (95% ДИ: 50,3–51,5).

Вес плаценты: 1 гр. = 377 ± 116 г (95% ДИ: 358–396); 2 гр. = 532 ± 69 г (95% ДИ: 521–543). Острое нарушение маточно-плацентарного кровотока: 1 гр. – 88,4%; 2 гр. – 63,3% ($\chi^2=25,2$; $p<0.0001$). Хроническое нарушение маточно-плацентарного кровотока (ХНМПК): 1 гр. – 93,2%; 2 гр. – 87,3% ($\chi^2=2,8$; $p=0.09$). Частота развития инфекции плаценты: 1 гр. – 90,4%; 2 гр. – 72,0% ($\chi^2=16,3$; $p<0.0001$). Инфекция плода: 1 гр. – 7,5%; 2 гр. – 0% ($\chi^2=11,7$; $p=0.001$).

Коэффициент детерминации модели для логистической регрессии = 244, модель «предсказывает» возникновение прогнозируемого случая задержки внутриутробного развития с точностью 85,1%.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Овчинникова О.В. Сенькевич О.А., Плотоненко З.А.

ФГБОУ ВО ДВГМУ

г. Хабаровск

Актуальность проблемы

Достижения перинатальной медицины позволили повысить выживаемость глубоко-конедоношенных новорожденных с очень низкой (ОНМТ, масса тела при рождении менее 1500 г) и экстремально низкой (ЭНМТ, масса тела при рождении менее 1000 г). В Хабаровском крае в последние пять лет отмечается вариабельное число преждевременных исходов беременностей (от 1186 в 2014 году (6,7%) до 693 в 2013 году (3,9%)), при этом частота очень ранних преждевременных родов остается стабильной (0,4%).

Цель исследования

Изучить нейрофизиологические особенности течения неонатального периода детей, родившихся от ранних преждевременных родов (менее 32 недель гестации).

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Материалы и методы

Методом типической выборки проведено когортное проспективное исследование неврологического и нейрофизиологического статуса 85 детей, рожденных до полных 32 недель беременности. Результаты исследования сравнивались с клиническими и лабораторными данными 20 доношенных условно здоровых детей контрольной группы. Анализ данных выполнен с использованием пакета статистических программ STATISTICA, приведены результаты с достоверностью $p < 0,055$.

Результаты

Изучение нейрофизиологических особенностей детей, родившихся до 32 недель гестации, проводилось в постконцептуальном возрасте (ПКВ) 38–40 недель. Всего в исследование были включены 54 мальчика ($63,5 \pm 5,2\%$) и 31 девочка ($36,5 \pm 5,1\%$).

При анализе материнского анамнеза установлено, что только каждый третий ребенок (26 детей, $30,5 \pm 5\%$) родился у матерей оптимального детородного возраста (20–30 лет), у каждой четвертой женщины беременность была первой (20 женщин, $23,5 \pm 4,5\%$ первобеременных первородящих), большинство детей родились от третьей и более беременностей (47 матерей, $55,3 \pm 5,3\%$) и повторных родов. Течение беременности у всех женщин было нефизиологическим и проходило на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода и/или реализующихся через гипоксию заболеваний и состояний (более 75%) (анемия, ФПН, угроза прерывания, курение и др.).

Большинство детей, включенных в исследование, рождались на сроке 30–32 недели гестации (52 ребенка, $61,2 \pm 5,2\%$), второе ранговое место занимал срок гестации при рождении 28–30 недель (16 детей, $18,8 \pm 4,2\%$), реже дети рождались в 27–28 (9 детей, $10,5 \pm 3,1\%$) или 24–27 недель (7 детей, $8,2 \pm 2,9\%$).

Анализ обстоятельств рождения продемонстрировал, что на первой минуте жизни у 48 детей ($56,5 \pm 5,3\%$) оценка по ш. Апгар была 6–7 баллов, у 28 ($32,9 \pm 5,9\%$) – 4–5 баллов, и у 9 новорожденных ($10,6 \pm 3,3\%$) была диагностирована тяжелая асфиксия при рождении с оценкой по ш. Апгар 1–3 балла, однако к 5 минуте каждый третий ребенок нормализовал параметры. Особенностью клинического течения неонатального периода было сочетание нескольких нозологических форм, но преобладающими патологическими состояниями были изменения со стороны ЦНС: ВЖК 35 случаев ($41,1 \pm 5,3\%$), церебральная ишемия 25 детей ($29,4 \pm 4,9\%$), синдром угнетения ЦНС 18 детей ($21,2 \pm 4,4\%$). Доминирующим проявлением нейрпатологических синдромов поражения ЦНС у были вегето-висцеральные нарушения (46 детей, $54,1 \pm 5,4\%$) и проявление синдрома двигательных нарушений в виде нейромышечной дистонии (52 ребенка, $61,2 \pm 5,2\%$). Электроэнцефалография (ЭЭГ) была проведена 61 ребенку, наиболее частым патологическим синдромом были диффузные изменения БЭГ у каждого второго ребенка (31 ребенок, $50,8 \pm 6,3\%$), второе ранговое место

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

(21 ребенок, $34,4 \pm 6,0\%$) занимала эпилептическая активность в различных проявлениях. Диффузные изменения БЭГ, зарегистрированные в 38–40 недель ПКВ у детей, родившихся от очень ранних преждевременных родов свидетельствуют о морфофункциональной незрелости и недостаточности формирования связей между подкорково-корковыми отделами головного мозга. Определение слухового и зрительного (на вспышку) вызванных потенциалов: (Нейро-МВП Copyright © 2012–2018 НейроСофт) было проведено 41 ребенку. У большинства детей (65,8%) была выявлена сохранная зрительная афферентация в кору, но при этом у половины из них (22 ребенка, 53,6%) были диагностированы высокие показатели нарушения проведения по аксональному типу, что свидетельствует о снижении ответной реакции коры на предъявленный стимул. У части детей (5 пациентов, 12,2%) обнаружено нарушение проведения по демиелинизирующему типу, как проявление дефекта миелинизации в структурах зрительного анализатора. При определении слуховых вызванных потенциалов было выявлено нарушение афферентации с двух сторон, обусловленное снижением импульсного потока по волокнам, и, как следствие, уменьшением числа активных нейронов в ответ на зрительный стимул, что является проявлением морфофункциональной незрелости. Замедление внутристволового проведения на мезенцефальном уровне (82,9%), зарегистрированное у большинства исследуемых детей, свидетельствует о нарушении афферентации слухового стимула на уровне ствола мозга, может быть как проявлением морфофункциональной незрелости, так и доклиническим маркером патологических состояний ЦНС и нарушения слухового восприятия в высших отделах нервной системы, обусловленных перинатальной патологией.

Выводы

В результате проведенного исследования были установлены нейрофизиологические особенности детей, родившихся от ранних преждевременных родов (32 и менее недель гестации), проявляющиеся в преобладании диффузных изменений БЭГ и типичных проявлениях вызванных потенциалов. Установлено, что основным нейрофизиологическим феноменом детей, родившихся при ранних преждевременных родах в 38–40 недель постконцептуального возраста является нейрофизиологическая морфофункциональная незрелость.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНЫЕ ТРАНСФУЗИИ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ

Урецкая Е.В.¹, Ленюшкина А.А.¹, Крөг-Йенсен О.А.^{1,2}, Уваренкова П.А.², Лопатина Д.М.², Тетруашвили Н.К.¹, Хорошкеева О.В.¹, Дегтярев Д.Н.^{1,2}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
г. Москва

Актуальность

Внедрение метода внутриутробной трансфузии (ВУТ) донорских эритроцитов при резус-изоиммунизации плода позволило пролонгировать беременность и уменьшить частоту встречаемости отечной формы гемолитической болезни новорожденных (ГБН). Однако существующие протоколы лечения гемолитической болезни новорожденных, основанные на данных, полученных при естественном течении заболевания, не учитывают клинические особенности пациентов, перенесших внутриутробные переливания донорских эритроцитов.

Цель

Изучить особенности течения гемолитической болезни у новорожденных после внутриутробных переливаний донорских эритроцитов, а также выявить возможные предикторы неблагоприятных неонатальных исходов у пациентов с гемолитической болезнью плода и новорожденных.

Материалы и методы

В исследование вошли 43 новорожденных ребенка с ГБН по резус-фактору, перенесших внутриутробные переливания донорских эритроцитов с целью коррекции тяжелой анемии и поступивших в ОРИТН ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» с 20012 по 2019 гг. Проведен ретроспективный анализ данных материнской и неонатальной документации.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Результаты

Гестационный возраст пациентов составил от 29,6 до 36,5 недель (Me=33 недели), масса тела при рождении – от 1430 до 3350 гр (Me=2161гр), проведение операции заменного ОЗПК потребовалось 23-м новорожденным (53,4%). Терапия иммуноглобулином в связи с высоким риском ОЗПК проведена 16 новорожденным, 8-ми из них (50%) ОЗПК в дальнейшем не потребовалось. Летальность в изучаемой группе пациентов составила 11,6% (5/43). С целью выявления перинатальных факторов, влияющих на исходы у новорожденных, все пациенты были разделены на 3 основные подгруппы (1 – благоприятный исход – ОЗПК не потребовалась; 2 – потребовалась ОЗПК и 3 – летальный исход). Анализ учитывал данные материнского анамнеза, гестационный возраст на момент первой ВУТ, лабораторные и ультразвуковые показатели плода, количество внутриутробных переливаний, гестационный возраст и антропометрические показатели новорожденных при рождении. Выявлено статистически значимое различие между подгруппами по следующим показателям: количество ВУТ было статистически значимо больше у выживших новорожденных без ОЗПК (Me=3 vs 2 vs 1 $p=0,01$). Уровень гемоглобина плода на момент первой ВУТ был значительно ниже у детей с благоприятными исходами (Me=57г/л vs 49 и 51 г/л, $p=0,04$). Срок гестации на момент первого ВУТ, данные доплерометрии кровотока плода, а также возраст и паритет/количество родов у матерей статистически значимо не различались.

Выводы

Проведенный многофакторный анализ, учитывающий данные материнского анамнеза, лабораторные и ультразвуковые показатели плода, частоту и сроки внутриутробных переливаний, гестационный возраст и антропометрические показатели новорожденных при рождении, позволил определить группу факторов, потенциально влияющих на исходы у новорожденных: количество ВУТ, уровень гемоглобина/гематокрита плода на момент первой ВУТ.



ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИСХОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (ГИЭ), ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГИПОТЕРМИЮ

Ушакова Л.В.¹, Быкова Ю.К.^{1,2}, Амирханова Д.Ю.¹, Киртбая А.Р.¹, Дегтярева А.В.¹, Филиппова Е.А.¹.

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ.
г. Москва

Актуальность

Средняя частота ГИЭ у доношенных новорожденных составляет от 1 до 9 случаев на 1000 новорожденных. Более половины выживших детей в дальнейшем формируют ту или иную форму церебрального паралича, умственную отсталость, структурную эпилепсию, а также имеют нарушения интеллектуального и психического развития. Большое внимание современных исследований посвящается изучению предикторов неблагоприятного неврологического исхода ГИЭ. Наиболее значимыми критериями считаются: лабораторные показатели (рН, лактат крови), низкая оценка по шкале Апгар на 10 минуте жизни, аномальная фоновая активность по данным аЭЭГ мониторинга, изменения сигнала от паренхимы головного мозга с повышением лактата по данным МР-спектроскопии, а также снижение уровня церебрального кровотока по данным ультразвукового доплеровского исследования в первые 12 часов (A Kudrevičienė, A Basevičius, S Lukoševičius et al, 2014). Однако в настоящее время нет четких и однозначных ультразвуковых доплерометрических предикторов, полученных в разные периоды ишемического повреждения, влияющих на прогноз заболевания, что определяет актуальность данного исследования.

Цели исследования

Выявление корреляции между признаками нарушения сосудистой ауторегуляции в виде вазопареза и/или длительного вазоспазма у детей с ГИЭ, перенесших общую

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

управляемую гипотермию и формированием в дальнейшем стойкого неврологического дефицита и ДЦП.

Материалы и методы

Под динамическим наблюдением находилось 32 доношенных новорожденных с ГИЭ 2–3 степени, рожденных в ФГБУ «НМИЦАГиП им.В.И.Кулакова» Минздрава России в период с 2014 по 2018 год включительно в асфиксии среднетяжелой и тяжелой степени тяжести. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте жизни – 1,77+/- 0,96 баллов, на 5 минуте жизни 3,9+/-1,26 баллов, на 10 минуте жизни 5,41 +/- 0,79 баллов. Среднее значение рН и лактата по данным КОС составило 6,8 +/- 0,21 и 14,94 +/- 4,89 ммоль/л, соответственно. Все дети, по совокупности клинических и лабораторных данных, имели четкие критерии для проведения общей управляемой гипотермии, терапевтическое действие которой начиналось с 3 часа жизни ребенка под контролем витальных функций. Ультразвуковые исследования выполняли на аппаратах Vivid q GE, Mindray M7, Siemens ACUSON S2000 с использованием секторных датчиков с частотой 5–10 МГц и линейных датчиков 7–14 МГц. Клиническая оценка неврологического статуса проводилась неоднократно в остром периоде ГИЭ и в катамнезе в течение 12–48 месяцев. Первая группа включала 15 детей с неблагоприятным исходом, среди которых 12 детей сформировали диагноз ДЦП к 12–18 месяцам жизни, а трое умерли в раннем неонатальном (n=2) и раннем грудном возрастах (n=1). Вторую группу составили дети с благоприятным неврологическим исходом, имеющие показатели нормального неврологического статуса и психо-моторного развития к 12 месяцам жизни (n=17).

Результаты исследования

В нашем наблюдении среди 12 детей сформировавших ДЦП, в совокупности со стойкими двигательными нарушениями, в 91% случаев (n=11) выявлена задержка психо-речевого и моторного развития, а у 35% пациентов (n=7) сформировались структурные формы эпилепсии, потребовавшие длительного лечения антиконвульсантами. Пациенты 1-й группы, сформировавшие ДЦП, в 66,6% случаев (n=8), имели гемодинамические нарушения в виде: вазопареза с гиперперфузией (n=4) и длительно персистирующего (10 и более суток) сосудистого вазоспазма по артериям мозга (n=4). В подгруппе умерших детей (n=3), у всех отмечались признаки сосудистого вазопареза с гиперперфузией не смотря на проводимую терапевтическую гипотермию. У детей 2 й группы (n=17) не было выявлено признаков персистирующего сосудистого вазопареза на фоне проведения управляемой гипотермии, что статистически достоверно отличается по сравнению с первой группой (p<0.05). Во второй группе



детей гемодинамические нарушения имели вид нестойкого сосудистого вазоспазма у 29,4% (n=5), с нормализацией кровотока ранее 10 суток жизни.

Выводы

Нарушения сосудистой ауторегуляции у детей с ГИЭ в виде гиперперфузии на фоне сосудистого вазоспазма ко 2–3 суткам управляемой гипотермии, а также длительного сосудистого вазоспазма (10 и более суток) преобладали в группе детей с ДЦП и детей с летальным исходом. Полученные результаты позволяют рассматривать данные доплерографические изменения сосудов головного мозга в качестве неблагоприятных предикторов, определяющих риск летального исхода и формирования ДЦП у детей с ГИЭ и требуют дальнейшего более детального изучения.

**ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ
НЕБЛАГОПРИЯТНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
ИСХОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (ГИЭ), ПЕРЕНЕСШИХ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГИПОТЕРМИЮ**

Ушакова Л.В.¹, Быкова Ю.К.^{1,2}, Амирханова Д.Ю.¹, Киртбая А.Р.¹, Дегтярева А.В.¹, Филиппова Е.А.¹.

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² ФГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ.
г. Москва

Актуальность

Средняя частота ГИЭ у доношенных новорожденных составляет от 1 до 9 случаев на 1000 новорожденных. Более половины выживших детей в дальнейшем формируют ту или иную форму церебрального паралича, умственную отсталость, структурную эпилепсию, а также имеют нарушения интеллектуального и психического развития. Большое внимание современных исследований посвящается изучению предикторов неблагоприятного неврологического исхода ГИЭ. Наиболее значимыми критериями считаются: лабораторные показатели (рН, лактат крови), низкая оценка по шкале Апгар

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

на 10 минуте жизни, аномальная фоновая активность по данным аЭЭГ мониторинга, изменения сигнала от паренхимы головного мозга с повышением лактата по данным МР-спектроскопии, а также снижение уровня церебрального кровотока по данным ультразвукового доплеровского исследования в первые 12 часов (A Kudrevičienė, A Basevičius, S Lukoševičius et al, 2014). Однако в настоящее время нет четких и однозначных ультразвуковых доплерометрических предикторов, полученных в разные периоды ишемического повреждения, влияющих на прогноз заболевания, что определяет актуальность данного исследования.

Цели исследования

Выявление корреляции между признаками нарушения сосудистой ауторегуляции в виде вазопареза и/или длительного вазоспазма у детей с ГИЭ, перенесших общую управляемую гипотермию и формированием в дальнейшем стойкого неврологического дефицита и ДЦП.

Материалы и методы

Под динамическим наблюдением находилось 32 доношенных новорожденных с ГИЭ 2–3 степени, рожденных в ФГБУ «НМИЦАГиП им.В.И.Кулакова» Минздрава России в период с 2014 по 2018 год включительно в асфиксии среднетяжелой и тяжелой степени тяжести. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте жизни – 1,77+/- 0,96 баллов, на 5 минуте жизни 3,9+/-1,26 баллов, на 10 минуте жизни 5,41 +/- 0,79 баллов. Среднее значение рН и лактата по данным КОС составило 6,8 +/- 0,21 и 14,94 +/- 4,89 ммоль/л, соответственно. Все дети, по совокупности клинических и лабораторных данных, имели четкие критерии для проведения общей управляемой гипотермии, терапевтическое действие которой начиналось с 3 часа жизни ребенка под контролем витальных функций. Ультразвуковые исследования выполняли на аппаратах Vivid q GE, Mindray M7, Siemens ACUSON S2000 с использованием секторных датчиков с частотой 5–10 МГц и линейных датчиков 7–14 МГц. Клиническая оценка неврологического статуса проводилась неоднократно в остром периоде ГИЭ и в катамнезе в течение 12–48 месяцев. Первая группа включала 15 детей с неблагоприятным исходом, среди которых 12 детей сформировали диагноз ДЦП к 12–18 месяцам жизни, а трое умерли в раннем неонатальном (n=2) и раннем грудном возрастах (n=1). Вторую группу составили дети с благоприятным неврологическим исходом, имеющие показатели нормального неврологического статуса и психо-моторного развития к 12 месяцам жизни (n=17).

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

Результаты исследования

В нашем наблюдении среди 12 детей сформировавших ДЦП, в совокупности со стойкими двигательными нарушениями, в 91% случаев ($n=11$) выявлена задержка психо-речевого и моторного развития, а у 35% пациентов ($n=7$) сформировались структурные формы эпилепсии, потребовавшие длительного лечения антиконвульсантами. Пациенты 1-й группы, сформировавшие ДЦП, в 66,6% случаев ($n=8$), имели гемодинамические нарушения в виде: вазопареза с гиперперфузией ($n=4$) и длительно персистирующего (10 и более суток) сосудистого вазоспазма по артериям мозга ($n=4$). В подгруппе умерших детей ($n=3$), у всех отмечались признаки сосудистого вазопареза с гиперперфузией не смотря на проводимую терапевтическую гипотермию. У детей 2 й группы ($n=17$) не было выявлено признаков персистирующего сосудистого вазопареза на фоне проведения управляемой гипотермии, что статистически достоверно отличается по сравнению с первой группой ($p<0.05$). Во второй группе детей гемодинамические нарушения имели вид нестойкого сосудистого вазоспазма у 29,4% ($n=5$), с нормализацией кровотока ранее 10 суток жизни.

Выводы

Нарушения сосудистой ауторегуляции у детей с ГИЭ в виде гиперперфузии на фоне сосудистого вазопареза ко 2–3 суткам управляемой гипотермии, а также длительного сосудистого вазоспазма (10 и более суток) преобладали в группе детей с ДЦП и детей с летальным исходом. Полученные результаты позволяют рассматривать данные доплерографические изменения сосудов головного мозга в качестве неблагоприятных предикторов, определяющих риск летального исхода и формирования ДЦП у детей с ГИЭ и требуют дальнейшего более детального изучения.



СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис
нажмите на нужный
пункт содержания

Анестезиология– реаниматология

- 3 **КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ
ФОРМЕ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ**
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Клепикова А.А., Левченко М.В.,
Пивоварчик С.Н.
- 4 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ ОБЕЗОЛИВАНИЯ
ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ЯИЧЕК ПРИ АЗООСПЕРМИИ**
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Шестель А.Н., Пивоварчик С.Н.
- 6 **БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО
ВВЕДЕНИЯ СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
ПАЦИЕНТКАМ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**
Беляева А.С., Калачин К.А.
- 7 **ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПУТЕМ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**
Владимирова Н.С., Трошин П.В.
- 9 **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ–
РЕАНИМАЦИИ НМИЦ АГП ИМ В.И. КУЛАКОВА ЗА 2017–2019ГГ.**
Диков А.В., Пырегов А.В.
- 11 **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО
ПОВОРОТА ПЛОДА НА ГОЛОВКУ. ЧТО НОВОГО?**
Дроздов Р.Г., Логунко К.П.
- 13 **ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ
ДЛИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**
Коваленко А.И., Качлишвили Н.В., Карнаухов А.А.
- 14 **ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ГИПОТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**
Когаринова Е.В., Белов А.В.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

- 16 **ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ МОНИТОРИНГА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПУТЕМ НЕИНВАЗИВНОГО ИЗМЕРЕНИЯ ET_{CO2}**
Корниенко А.В., Хмыров Д.Е.
- 18 **ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ЛПУ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ**
Логачев А.Д., Письменский С.В.
- 20 **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЕВАЙСОВ**
Михайлова В.Д., Письменский С.В.
- 22 **ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА БАЗЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РОДДОМА**
Невмержицкая О.В., Бородина О.Н., Долгова Е.В., Чупаева О.Ю., Наумов А.Б., Марченко С.П., Хубулава Г.Г., Черномордова А.В.
- 24 **ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ У ПЛОДА С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА АНТЕНАТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ**
Невмержицкая О.В., Хубулава Г.Г., Бородина О.Н., Струпенева У.А., Долгова Е.В., Чупаева О.Ю., Наумов А.Б., Марченко С.П., Черномордова А.В.
- 25 **ПРИЧИНЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**
Невмержицкая О.В., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Наумов А.Б., Бородина О.Н., Скарлатеску Е., Струпенева У.А., Чупаева О.Ю.
- 27 **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ФОНЕ РЕМИТТИРУЮЩЕГО ТИПА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**
Проскоченко А.А., Качлишвили Н.В.
- 28 **ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ БАЛЛОННОЙ ОККЛЮЗИИ АОРТЫ ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ**
Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Резник В.А., Романова Л.А., Мельник И.С.
- 30 **ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО КАРБОДИОКСИПЕРИТОНЕУМА НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ И ПОТРЕБНОСТЬ В ОБЕЗБОЛИВАНИИ**
Серикова Н.О., Калачин К.А.
- 32 **ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В МАММОЛОГИИ**
Сметанова А.А., Розентул И.Г., Мильчуков В.П.



- 34 **УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МАТЕРИ В УСЛОВИЯХ ЭПИДУРАЛЬНОЙ
АНАЛЬГЕЗИИ РОДОВ ЮНЫХ ЖЕНЩИН**
Шакиров Р.Т., Кинжалова С.В., Макаров Р.А.

Организация медицинской помощи новорожденным

- 36 **ВНЕДРЕНИЕ В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ ГОРОДА МОСКВЫ
ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
НА НОСИТЕЛЬСТВО СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ В**
Григорян И.Э., Шиян О.В., Мелкумян А.Р., Иванников Н.Ю., Митичкин А.Е.

Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

- 38 **АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА В КОМПЛЕКСЕ РЕДКОЙ
ПАТОЛОГИИ VACTERL-Н АССОЦИАЦИИ**
Манищенков С.Н., Манищенкова Ю.А., Чеканова И.Н.
- 40 **СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ
ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**
Озерова А.В., Духовников О.К., Булгакова В.Е., Волощук А.В., Кукаева Е.А., Облицов И.Н.,
Фоменко Н.Н., Чудов И.Ю., Шелепин С.И.
- 41 **КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПУПОЧНОГО ДОСТУПА**
Сытова Е.А. Панина О.С. Черненко Ю.В. Суханов С.А.



Респираторная терапия новорожденных

- 43 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИТАЛИПИД Н» У НОВОРОЖДЕННЫХ
С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**
Панкратова Е.С., Черненко Ю.В., Панина О.С.

Болезни новорожденных

- 45 **ЗНАЧЕНИЕ ФЕРРИТИНА В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-НОВОРОЖДЕННЫЙ
ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ**
Бахмутова Л.А., Штепо М.В., Утешова И.А., Жумашева Л.С., Бережнова Т.А.
- 46 **ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ
МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ**
Звягина Ж.А., Цой Е.Г., Цигельникова Л.В., Макаренко Е.В., Харина Т.В.
- 48 **ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ
КРОВООБРАЩЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ**
Муреева Е.Н., Панина О.С., Черненко Ю.В., Сказкина В.В., Киселев А.Р.
- 49 **ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ
С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**
Прилуцкая В.А., Шишко Ю.А., Павловец М.В., Александрович А.Ю.
- 51 **МОТОРНОЕ И ПСИХО-ПРЕДРЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ
ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВРОЖДЕННУЮ
ПНЕВМОНИЮ И РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС, В ПЕРВЫЕ
12 МЕСЯЦЕВ СКОРРИГИРОВАННОГО ВОЗРАСТА**
Амирханова Д.Ю.¹, Дегтярева А.В.^{1,2}, Михайлова О.В.¹, Ушакова Л.В.¹, Никитина И.В.¹,
Киртбая А.Р.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}, Албегова М.Б.¹, Пучкова А.А.¹, Джуккаева М.М.¹
- 53 **НЕОНАТАЛЬНЫЙ NEAR MISS В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ**
Васильева Ж.Б., Сенькевич О.А., Плотноенко З.А.

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

- 55 **ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА**
Герасимова А.В.², Иванова Л.А.², Никитина И.В.¹, Круг-Йенсен О.А.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}
- 57 **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПОЗДНЕГО НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ**
Деревягина О.С.^{1,2}, Нароган М.В.^{1,2}, Макулова А.И.³, Рындин А.Ю.^{1,2}, Рюмина И.И.¹, Пекарева Н.А.¹
- 60 **ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЕЧЕНИЕМ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ОРИТН**
Иванова Л.А.², Герасимова А.В.², Исаева Е.Л.¹, Никитина И.В.¹, Круг-Йенсен О.А.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}
- 62 **ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**
Караваева А.Л., Тимофеева Л.А., Зубков В.В. Тютюнник В.Л.
- 64 **ВЕС ПЛАЦЕНТЫ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ПЛОДОВ С ВЫСОКИМ РИСКом АНТЕНАТАЛЬНОГО ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА**
Невмержицкая О.В., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Бородин А.Н., Струпенева У.А., Чупаева О.Ю. Наумов А.Б., Черномордова А.В.
- 65 **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**
Овчинникова О.В. Сенькевич О.А., Плотоненко З.А.
- 68 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНЫЕ ТРАНСФУЗИИ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ**
Урецкая Е.В.¹, Ленюшкина А.А.¹, Круг-Йенсен О.А.^{1,2}, Уваренкова П.А.², Лопатина Д.М.², Тетраушвили Н.К.¹, Хорошкева О.В.¹, Дегтярев Д.Н.^{1,2}

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ



26–28 ноября, 2019

В начало

Содержание

- 70 ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИСХОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (ГИЭ), ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГИПОТЕРМИЮ
Ушакова Л.В. ¹, Быкова Ю.К. ^{1,2}, Амирханова Д.Ю. ¹, Киртбая А.Р. ¹, Дегтярева А.В. ¹, Филиппова Е.А.¹.
- 72 ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИСХОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (ГИЭ), ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГИПОТЕРМИЮ
Ушакова Л.В. ¹, Быкова Ю.К. ^{1,2}, Амирханова Д.Ю. ¹, Киртбая А.Р. ¹, Дегтярева А.В. ¹, Филиппова Е.А.¹.