



Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ФГУ «Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова
Росмедтехнологий»

Российский государственный медицинский университет
Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
Федерация Анестезиологов и Реаниматологов России
Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

I Всероссийский конгресс «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии»

Программа заседаний

2 - 5 декабря 2008 года
Москва



Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- ФГУ «Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»
- Российский государственный медицинский университет
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Федерация Анестезиологов и Реаниматологов России
- Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

Организационный комитет

Президент конгресса

Сухих Г.Т. директор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», профессор, академик РАМН

Вице-президенты конгресса

Адамян Л.В. заместитель директора по научной работе ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», профессор, академик РАМН

Байбарина Е.Н. заместитель директора по научной работе ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», профессор

Сокологорский С.В. руководитель отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», профессор

Широкова В.И. директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ

Члены организационного комитета

Антонов А.Г.	Ленюшкина А.А.
Белов А.В.	Лукач В.Н.
Бурдули Г.М.	Михельсон В.А.
Буров А.А.	Острейков И.Ф.
Володин Н.Н.	Пырегов А.В.
Дегтярев Д.Н.	Прилепская В.Н.
Евдокимов Е.А.	Рогачевский О.В.
Ефимов М.С.	Романенко В.А.
Жиркова Ю.В.	Рындин А.Ю.
Запорожец Э.Е.	Серов В.Н.
Им В.Л.	Федорова Т.А.
Ионов О.В.	Филлипов О.С.
Крючко Д.С.	Хапий Х.Х.
Куликов А.В.	Цыпин Л.Е.
Кучеров Ю.И.	Чумакова О.В.
Кузьмичев Л.Н.	Эстрин В.В.

Контактная информация

<p>По вопросам докладов, научной программы: <i>проф. Байбарина Е.Н., д.м.н. Сокологорский С.В.</i> E-mail: congress_dokladi@ncagip.ru Тел: (495) 438 7777, 438 3310</p>	<p>По вопросам участия в выставке: <i>Жирова Наталья</i> E-mail: natasha@mediexpo.ru Тел.: (495) 661 3513, 938 9211, 938 9212 (внутренний номер 107)</p>
<p>По вопросам подтверждений получения тезисов: <i>проф. Антонов А. Г., д.м.н. Пырегов А.В., Белов А.В., к.м.н. Им В.Л.</i> E-mail: congress_tezisi@ncagip.ru Тел: (495) 438 7777, 438 2277</p>	<p>По вопросам регистрации, получения заявок и платёжных документов за участие в конгрессе: <i>Багров Глеб</i> E-mail: gleb@mediexpo.ru Тел.: (495) 661 3513, 938 9211 (внутренний номер 109)</p>
<p>По вопросам конкурса молодых ученых: <i>проф. Барашнев Ю.И., д.м.н. Сокологорский С.В., к.м.н. Рындин А.Ю.</i> E-mail: congress_dokladi@ncagip.ru Тел: (495) 438 7777, 438 2277</p>	<p>По всем вопросам, гостиниц, трансферов: <i>Ковалева Наталья</i> E-mail: hotel@mediexpo.ru Тел: (495) 661 3513, 938 9211, 938 9212 (внутренний номер 114)</p>
<p>WWW www.ncagip.ru www.mediexpo.ru</p>	<p>По вопросам оплаты: <i>Далина Лариса</i> E-mail: dalina@mediexpo.ru Тел.: (495) 661 3513, 938 9211 (внутренний номер 116)</p>

Проезд

Адрес: г. Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

Как к нам проехать общественным транспортом:

Метро «Коньково»

Последний вагон из центра, выход из метро налево.

Автобус № 295, маршрутное такси № 36 до остановки «Центр охраны здоровья матери и ребенка».

Время в пути ~ 5 минут.

Метро «Юго-Западная»

Первый вагон из центра, выход из метро налево.

Автобус № 718, маршрутное такси № 718 до остановки «Центр охраны здоровья матери и ребенка».

Время в пути ~ 15 минут.

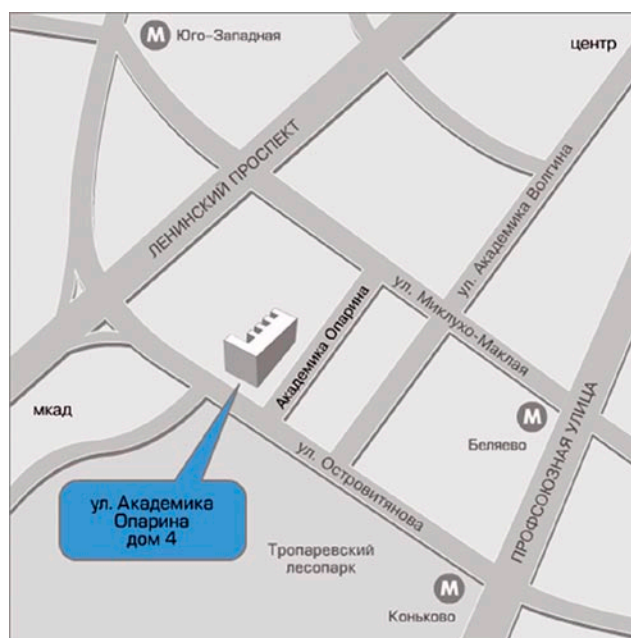


Схема парковки Центра



Программа заседаний

2 декабря 2008 г вторник			
	Большой зал	Малый зал	Кафедральный зал
10:00 – 12:00	Открытие конгресса Пленарное заседание	-	-
12:00 – 13:00	Обед		
13:00 – 15:00	Массивная кровопотеря Часть I	Первый «золотой час» жизни ребенка с ЭНМТ	-
15:00 – 15:30	Кофе-брейк		
15:30 – 17:30	Массивная кровопотеря Часть II	<u>Школа</u> Выхаживание детей с ЭНМТ Часть I «Первичная реанимация новорожденных»	<u>Школа</u> «Трудные дыхательные пути» Совместно с фирмой «РЕАН» и ГУ РНЦХ РАМН
3 декабря 2008 г среда			
	Большой зал	Малый зал	Кафедральный зал
10:00 – 12:00	Интенсивная терапия критических состояний в акушерстве	<u>Школа</u> Выхаживание детей с ЭНМТ Часть II «Современные методы респираторной терапии»	-
12:00 – 13:00	Обед		
13:00 – 15:00	Основы респираторной терапии у недоношенных новорожденных	Регионарная анестезия/аналгезия в акушерстве-гинекологии – что нового?	-
15:00 – 15:30	Кофе-брейк		
15:30 – 17:30	Проблемы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Новые способы их преодоления. Часть I	Беременность, экстрагенитальная патология – роль интенсивной терапии, анестезиологические проблемы	-
4 декабря 2008 г четверг			
	Большой зал	Малый зал	Кафедральный зал
10:00 – 12:00	Проблемы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Новые способы их преодоления. Часть II	Актуальные проблемы анестезии, интенсивной терапии в акушерстве-гинекологии	-
12:00 – 13:00	Обед		
13:00 – 15:00	Дискуссионные вопросы инфузионно-трансфузионной терапии в акушерстве-гинекологии	<u>Школа</u> Выхаживание детей с ЭНМТ Часть III «Протокол энтерального и парентерального питания»	<u>Школа</u> «Внутрикостный доступ при инфузионной терапии» Совместно с фирмой «РЕАН»
15:00 – 15:30	Кофе-брейк		
15:30 – 17:30	Открытый артериальный проток у недоношенных новорожденных	Преэклампсия/эклампсия: доказательная база, перспектива	-
5 декабря 2008 г пятница			
	Большой зал	Малый зал	Кафедральный зал
10:00 – 12:00	Юридические аспекты, безопасность пациента	Нерешенные проблемы выхаживания глубоко недоношенных новорожденных	Вопросы неонатальной хирургии
12:00 – 13:00	Обед		
13:00 – 15:00	Закрытие конгресса Пленарное заседание	-	-

Программа I Всероссийского конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии»

2 декабря 2008 г

вторник
1-й день

Большой зал

10:00 – 12:00

Открытие конгресса

Пленарное заседание

Председатели: академик РАМН, проф. Адамян Л.В., проф. Байбарина Е.Н., проф. Бурдули Г.М., проф. Буров Н.Е., академик РАМН, проф. Володин Н.Н., проф. Курцер М.А., проф. Лукач В.Н., академик РАМН, проф. Михельсон В.А., академик РАМН, проф. Серов В.Н., проф. Сокологорский С.В., академик РАМН, проф. Сухих Г.Т., Широкова В.И.

10:00 – 10:10 **Сухих Г.Т.**

Приветствие директора ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий».

10:10 – 10:40 **Широкова В.И.**

Доклад директора Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ.

10:40 – 11:00 **Адамян Л.В.**

Приветствие и доклад главного специалиста по акушерству и гинекологии Минздравсоцразвития РФ.

10:00 – 11:20 **Володин Н.Н.**

Пути решения проблемы кадрового обеспечения перинатальных центров и родовспомогательных учреждений.

11:20 – 11:40 **Буров Н.Е.**

Ксенон в медицине.

11:40 – 12:00 **Михельсон В.А.**

Современные проблемы детской анестезиологии и реаниматологии.

Большой зал

13:00 – 15:00

Массивная кровопотеря

Часть I

Председатели: проф. Курцер М.А., проф. Куликов А.В., академик РАМН, проф. Серов В.Н., проф. Сокологорский С.В.

13:00 – 13:20 **Серов В.Н. (Москва)**

Дискуссионные вопросы в диагностике и лечении акушерских кровотечений.

13:20 – 13:40 **Курцер М.А. (Москва)**

Врачебная тактика при массивных акушерских кровотечениях.

13:40 – 14:00 **Куликов А.В. (Екатеринбург)**

Интенсивная терапия массивной кровопотери и геморрагического шока в акушерстве.

14:00 – 14:20 **Федорова Т.А. (Москва)**

Взгляд трансфузиолога на проблемы в лечении массивных акушерских кровотечений.

14:20 – 14:40 **Пырегов А.В. (Москва)**

Возможно ли предотвратить массивную кровопотерю в акушерстве?

14:40 – 15:00 **Дискуссия**

Малый зал

13:00 – 15:00

Первый «золотой» час жизни ребенка с экстремально низкой массой тела

Председатели: проф. Антонов А.Г., проф. Дегтярев Д.Н.

13:00 – 13:20 **Антонов А.Г., Ленюшкина А.А. (Москва)**

Роль современных технологий в снижении неонатальных потерь новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

13:20 – 13:40	Дегтярев Д.Н. (Москва) Обновленный протокол первичной реанимации новорожденных. Первые итоги.
13:40 – 14:00	Ионов О.В. (Москва) Оптимальный старт респираторной терапии у детей с ЭНМТ.
14:00 – 14:20	Балашова Е.Н., Крючко Д.С. (Москва) Диагностика и коррекция нарушений гемодинамики у детей с ЭНМТ.
14:20 – 14:40	Рюмина И.И., Кецищян Е.С. (Москва) Технологии защиты кожи и слизистых при выхаживании глубококонедошенных детей.
14:40 – 15:00	Дискуссия

Большой зал

15:30 - 17:30

Массивная кровопотеря

Часть II

Председатели: проф. Куликов А.В., д.м.н. Пырегов А.В., академик РАМН, проф. Серов В.Н., проф. Федорова Т.А.

15:30 – 15:50	Рогачевский О.В. (Москва) Современные технологии кровесбережения в акушерстве.
15:50 – 16:10	Федорова Т.А., Стрельникова Е.В. (Москва) Анализ многоцентрового применения рекомбинантного коагуляционного фактора VIIA (НовоСэвен) в лечении массивных акушерских кровотечений.
16:10 – 16:30	Фомин М.Д. (Москва) Особенности инфузионно-трансфузионной терапии при массивных акушерских кровотечениях.
16:30 – 16:50	Аппалуп М.В. (Москва) Применение компонентов аутопуповинной крови у новорожденных детей.
16:50 – 17:10	Бушуева Н.Ю. (Москва) Оптимизация аутоплазмодонорства в акушерской практике.
17:10 – 17:30	Дискуссия

Малый зал

15:30 - 17:30

Школа

Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела

Часть I

Проводят: к.м.н. Пруткин М.Е. (Екатеринбург), к.м.н. Ионов О.В. (Москва)

- Первичная реанимация новорожденных.
- Методология обучения персонала, работающего с новорожденными.
- Разбор клинических задач с использованием видеоматериалов.

Кафедральный зал

15:30 - 17:30

Школа

Трудные дыхательные пути

Совместно с фирмой «РЕАН» и ГУ РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН

Проводит: к.м.н. Долбнева Е.Л. (Москва)

3 декабря 2008 г

среда

2-й день

Большой зал

10:00 – 12:00

Интенсивная терапия критических состояний в акушерстве

Председатели: проф. Куликов А.В., проф. Лукач В.Н., проф. Сокологорский С.В., проф. Ярустовский М.Б.

10:00 – 10:20	Лукач В.Н. (Омск) Критические состояния в акушерстве. Патогенез, лечение.
10:20 – 10:40	Сокологорский С.В. (Москва) Амниотическая эмболия – раритет или рутин?
10:40 – 11:00	Куликов А.В. (Екатеринбург) Септический шок в акушерстве.
11:00 – 11:15	Путинцев М.Д., Ярустовский М.Б. (Москва) Новые технологии в лечении сепсиса.
11:15 – 11:30	Братищев И.В. (Москва) Трудные дыхательные пути.
11:30 – 11:45	Логинов С.П. (Москва) Критерии начала процедур экстракорпоральной коррекции гомеостаза у больных с отягощенным послеродовым периодом.

11:45 – 12:00 Дискуссия

Малый зал

10:00 – 12:00

Школа

Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела

Часть II

Проводят: к.м.н. Рындин А.Ю. (Москва), к.м.н. Мостовой А.В. (Санкт-Петербург)

- Устройство и принципы работы оборудования для респираторной терапии.
- Решение клинических задач по подбору режимов вентиляции.

Большой зал

13:00 – 15:00

Основы респираторной терапии у недоношенных новорожденных*Председатели: проф. Антонов А.Г., проф. Гребенников В.А.*13:00 – 13:45 **Ионов О.В. (Москва)**

Традиционная ИВЛ: основные режимы, особенности проведения у недоношенных.

13:45 – 14:15 **Мостовой А.В. (Санкт-Петербург)**

Высокочастотная ИВЛ у недоношенных.

14:15 – 14:40 **Дегтярев Д.Н. (Москва)**

Российский консенсусный протокол сурфактантной терапии

14:40 – 15:00 Дискуссия

Малый зал

13:00 – 15:00

Регионарная анестезия/аналгезия в акушерстве-гинекологии – что нового?*Председатели: проф. Куликов А.В., доцент, к.м.н. Осипов С.А., д.м.н. Пырегов А.В., проф. Савицкий А.Г.*13:00 – 13:20 **Андреев А.А., Пантелеев А.В., Атласов В.О. (Санкт-Петербург)**

Современные принципы применения регионарных методов обезболивания родов.

13:20 – 13:40 **Осипов С.А. (Москва)**

Современные принципы терапии осложнений регионарной анестезии/аналгезии.

13:40 – 14:00 **Савицкий А.Г., Коростелев Ю.В. (Санкт-Петербург)**

Регионарная анестезия: акушерские аспекты проблемы.

14:00 – 14:15 **Качлишвили Н.В. (Москва)**

Обезболивание родоразрешения беременных с хронической гипоксией плода.

14:15 – 14:30 **Петров С.В., Пырегов А.В. (Москва)**

Спинальная анестезия при непродолжительных лапароскопических операциях в гинекологии.

14:30 – 14:45 **Шаталов А.Е. (Санкт-Петербург)**

К вопросу о купировании болевого синдрома после чрескожной эмболизации маточных артерий.

14:45 – 15:00 Дискуссия

Большой зал

15:30 – 17:30

Проблемы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Новые способы их преодоления

Часть I

*Председатели: проф. Байбарина Е.Н., проф. Антонов А.Г.*15:30 – 16:30 **Speer C. (Германия)**

Стратегии лечения и профилактики бронхолегочной дисплазии. Are there strategies to treat or prevent BPD?

16:30 – 16:45 **Рындин А.Ю. (Москва)**

Аэрозольное введение сурфактанта BL у детей с риском развития БЛД

- 16:45 – 17:00 **Буркова А.С. (Москва)**
Эволюция частоты встречаемости внутрижелудочковых кровоизлияний в популяции глубоководнодошенных новорожденных в последнее десятилетие. Основные тенденции. Ятрогенные факторы риска развития ВЖК у недоношенных.
- 17:00 – 17:15 **Симерницкий Б.П., Петраки В.Л., Рогаткин С.О. (Москва)**
Современные нейрохирургические методы в лечении внутрижелудочковых кровоизлияний.
- 17:15 – 17:30 Дискуссия

Малый зал

15:30 – 17:30

Беременность, экстрагенитальная патология – роль интенсивной терапии, анестезиологические проблемы*Председатели: проф. Лубнин А.Ю., проф. Мурашко Л.Е., д.м.н. Пырегов А.В., проф. Ткачева О.Н.*

- 15:30 – 15:50 **Лубнин А.Ю., Ахледуани К.Н., Маркина М.С., Арутюнов Н.В. (Москва)**
Беременность и сопутствующая нейрохирургическая патология.
- 15:50 – 16:10 **Ткачева О.Н. (Москва)**
Диагностика и лечение гипертонического криза у беременных.
- 16:10 – 16:30 **Мурашко Л.Е. (Москва)**
Трансплантированная почка и беременность.
- 16:30 – 16:50 **Кузьмин В.Н. (Москва)**
Острый жировой гепатоз беременных. Диагностика и принципы терапии.
- 16:50 – 17:10 **Климов В.А., Скорилов И.Г., Саньков А.И. (Луганск, Украина)**
Неотложные состояния у пациенток с сахарным диабетом во время беременности и в родах.
- 17:10 – 17:30 Дискуссия

4 декабря 2008 г

четверг

3-й день

Большой зал

10:00 – 12:00

Проблемы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Новые способы их преодоления

Часть II

Председатели: проф. Байбарина Е.Н., проф. Ефимов М.С.

- 10:00 – 11:00 **Speer C. (Германия)**
Неонатальный сепсис: современный взгляд.
Neonatal sepsis: what is new?
- 11:00 – 11:15 **Байбарина Е.Н., Курбатова Е.М. (Москва)**
Некротизирующий энтероколит. Новое в диагностике.
- 11:15 – 11:30 **Ленюшкина А.А. (Москва)**
Анемия недоношенных. Технологии кровесбережения при выхаживании детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.
- 11:30 – 11:45 **Морщакова Е.Ф., Дмитриев А.В. (Рязань)**
Использование эритропоэтина у недоношенных детей с анемией.
- 11:45 – 12:00 Дискуссия

Малый зал

10:00 – 12:00

Актуальные проблемы анестезии, интенсивной терапии в акушерстве-гинекологии*Председатели: проф. Гурьянов В.А., проф. Комиссарова Л.М., проф. Лукач В.Н., д.м.н. Шмаков Р.Г.*

- 10:00 – 10:20 **Гурьянов В.А. (Москва)**
Анестезиологическое обеспечение беременных с артериальной и внутрибрюшной гипертензией.
- 10:20 – 10:40 **Комиссарова Л.М. (Москва)**
Влияние различных видов обезболивания при кесаревом сечении на мать и плод.

10:40 – 11:00	Шмаков Р.Г. (Москва) Беременность и роды у пациенток с онкогематологическими заболеваниями.
11:00 – 11:20	Назаров Б.Ф. (Москва) Материнская смертность, обусловленная анестезией и интенсивной терапией.
11:20 – 11:40	Михайлов А.В. (Санкт-Петербург) Пренатальная анестезия.
11:40 – 12:00	Дискуссия

Большой зал

13:00 – 15:00

Дискуссионные вопросы инфузионно-трансфузионной терапии в акушерстве-гинекологии

Председатели: проф. Бутров А.В., проф. Жибурт Е.Б., д.м.н. Рогачевский О.В., проф. Сокологорский С.В.

13:00 – 13:20	Бутров А.В. (Москва) Стандарт восполнения операционной кровопотери.
13:20 – 13:40	Корнеева И.Е. (Москва) Гиперстимуляция яичников
13:40 – 14:00	Рагимов А.А. (Москва) Современные проблемы трансфузиологии.
14:00 – 14:20	Постников А.А. (Москва) Нарушения водно-электролитного баланса: диагностика и терапия.
14:20 – 14:40	Буланов А.Ю. (Москва) Современные инфузионные растворы.
14:40 – 15:00	Дискуссия

Малый зал

13:00 - 15:00

Школа

Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела

Часть III

Проводят: проф. Яцык Г.В., проф. Скворцова В.А., к.м.н. Ленюшкина А.А., проф. Чубарова А.И., Курбатова Е.М., Грошева Е.В. (Москва)

- Протоколы энтерального и парентерального питания детей с экстремально низкой массой тела.

- Протокол питания новорожденных с хирургической патологией желудочно-кишечного тракта.
- Решение клинических задач по расчету питания.

Кафедральный зал

13:00 - 15:00

Школа

Внутрикостный доступ при инфузионной терапии

Совместно с фирмой «РЕАН»

Проводит: к.м.н. Гаврилов С.В. (Москва)

Большой зал

15:30 – 17:30

Открытый артериальный проток у недоношенных новорожденных

Председатели: проф. Дегтярев Д.Н., д.м.н. Харьков А.В.

15:30 – 16:00	Крючко Д.С. (Москва) Открытый артериальный проток у недоношенных детей: диагностика и методы терапии.
16:00 – 16:30	Мовсесян Р.Р., Рябцев Д.В. (Москва) Аспекты хирургической коррекции открытого артериального протока у глубоко недоношенных детей.
16:30 – 16:50	Кучерова И.Ю. (Москва) Анестезиологическое пособие у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ во время операции клипирования открытого артериального протока в условиях отделения реанимации новорожденных.
16:50 – 17:10	Им В.Л. (Москва) Клинический разбор: «Примеры оперативного и консервативного подходов к лечению открытого артериального протока у глубоко недоношенных новорожденных».
17:10 – 17:30	Дискуссия

Малый зал

15:30 – 17:30

Преэклампсия/эклампсия:**доказательная база, перспектива***Председатели: проф. Лукач В.Н., проф. Ляшко Е.С., д.м.н. Пырегов А.В., проф. Хапий Х.Х.*

- 15:30 – 15:50 **Ляшко Е.С. (Москва)**
Преэклампсия: терминология, классификация и диагностика.
- 15:50 – 16:10 **Пырегов А.В. (Москва)**
Интенсивная терапия и анестезиологическое обеспечение беременных с тяжелой преэклампсией.
- 16:10 – 16:30 **Штабницкий А.М. (Москва)**
Нейроокислительные методы анестезии при эклампсии.
- 16:30 – 16:45 **Подольский Ю.С., Хапий Х.Х. (Москва)**
Современные принципы лечения эклампсической комы у родильниц.
- 16:45 – 17:00 **Толкач А.Б. (Омск)**
Эффективные методики в лечении тяжелых форм преэклампсии.
- 17:00 – 17:15 **Штанько А.В., Шестопалов А.Е., Свиридов С.В. (Москва)**
Нутритивная поддержка в лечении преэклампсии.
- 17:15 – 17:30 Дискуссия

5 декабря 2008 гпятница
4-й день**Большой зал**

10:00 – 12:00

Юридические аспекты, безопасность пациента*Председатели: проф. Евдокимов Е.А., проф. Жибурт Е.Б., проф. Курцер М.А., проф. Сокологорский С.В.*

- 10:00 – 10:20 **Евдокимов Е.А. (Москва)**
К вопросу о безопасности в акушерской анестезиологии.
- 10:20 – 10:40 **Жибурт Е.Б. (Москва)**
Новое в безопасности трансфузий.

- 10:40 – 11:00 **Сокологорский С.В. (Москва)**
Гемодинамическая картина общей анестезии при кесаревом сечении в зеркале компьютерного мониторинга.
- 11:00 – 11:20 **Леонтьев А.Е. (Санкт-Петербург)**
Юридические аспекты, связанные с назначением гемотрансфузии.
- 11:20 – 11:40 **Молчанов И.В. (Москва)**
Организация службы анестезиологии-реанимации.
- 11:40 – 12:00 Дискуссия

Малый зал

10:00 – 12:00

Нерешенные проблемы выхаживания глубоко недоношенных новорожденных*Председатели: проф. Дягтярева М.В., проф. Романенко В.А.*

- 10:00 – 11:00 **Marco Bartocci (Швеция)**
Оценка боли и алгоритм обезболивания у новорожденных.
- 11:00 – 11:15 **Дегтярева М.Г., Гребенникова О.В. (Москва)**
Особенности ЭЭГ в оценке функциональных изменений при церебральных нарушениях у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.
- 11:15 – 11:30 **Антонов А.Г., Рогаткин С.О., Буркова А.С., Им В.Л., Романцев М.Г. (Москва)**
Применение корректоров энергетического обмена в нейрональной ткани гипоксически-ишемических поражениях головного мозга у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.
- 11:30 – 11:45 **Романенко В.А. (Челябинск)**
Транспортировка недоношенных в критическом состоянии.
- 11:45 – 12:00 Дискуссия

Кафедральный зал

10:00 – 12:00

Вопросы неонатальной хирургии*Председатели: проф. Гераськин А.В., академик РАМН, проф. Михельсон В.А.*

- 10:00 – 10:20 **Исаков Ю.Ф., Гераськин А.В., Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г., Кучеров Ю.И. (Москва)**
Современные аспекты неонатальной хирургии.
- 10:20 – 10:40 **Кучеров Ю.И. (Москва)**
Первый опыт лечения детей с пороками развития на базе перинатального центра.
- 10:40 – 11:00 **Хаматханова Е.М. (Москва)**
Фетальная хирургия: миф и реальность современной медицины.
- 11:00 – 11:15 **Дорофеева Е.И. (Москва)**
Тактика неонатолога при рождении ребенка с пороками развития.
- 11:15 – 11:30 **Буров А.А. (Москва)**
Опыт интенсивной терапии новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей в условиях перинатального центра.
- 11:30 – 11:45 **Шабанова С.К., Агавелян Э.Г. (Москва)**
Применение мышечных релаксантов у новорожденных детей.
- 11:45 – 12:00 **Дискуссия**

Большой зал

13:00 – 15:00

Закрытие конгресса**Пленарное заседание***Председатели: академик РАМН, проф. Адамьян Л.В., проф. Байбарина Е.Н., проф. Бурдули Г.М., проф. Буров Н.Е., академик РАМН, проф. Володин Н.Н., проф. Гераськин А.В., проф. Курцер М.А., проф. Лукач В.Н., академик РАМН, проф. Михельсон В.А., проф. Острейков И.Ф., проф. Сокологорский С.В., академик РАМН, проф. Сухих Г.Т., проф. Цыпин Л.Е., Широкова В.И.*

- 13:00 – 13:25 **Байбарина Е.Н. (Москва)**
Этические проблемы при выживании глубоко недоношенных детей.
- 13:25 – 13:50 **Цыпин Л.Е., Михельсон В.А., Жиркова Ю.В. (Москва)**
Адекватность обезболивания у новорожденных.
- 13:50 – 14:15 **Лукач В.Н. (Омск)**
Роль интенсивной терапии в профилактике материнской заболеваемости и смертности.
- 14:15 – 14:35 **Острейков И.Ф., Мельникова Н.И., Строганов И.А., Карцева Е.В. (Москва)**
Антибиотикотерапия у новорожденных с хирургической патологией.
- 14:35 – 15:00 **Сокологорский С.В. (Москва)**
Некоторые организационные аспекты акушерской анестезиологии.

Аппарат фототерапевтический «Малыш»



**Предназначен для лечения синдрома гипербилирубинемии
(желтухи) новорожденных детей**

Проведение фототерапии аппаратом «Малыш» реально позволяет сократить сроки лечения новорожденных с желтухой, уменьшить объем инфузионной терапии и избежать побочных реакций на организм новорожденного. Аппарат незаменим при лечении тяжелых форм гипербилирубинемии, что и определяет неоспоримую клиническую и экономическую целесообразность его использования.

Аппарат «Малыш» разработан «Республиканским научно-практическим центром «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Беларусь, Институтом физики имени Б.И. Степанова и НПК «Люзар» в 2005 году. В ноябре 2007 года фототерапевтический аппарат «Малыш» зарегистрирован на территории России. Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2007/00543. Фототерапевтический аппарат «Малыш» создан на основе сверхярких светодиодов, излучающих в спектральном диапазоне (470-515 нм) с максимумом излучения 476-505 нм.

Высокая терапевтическая эффективность аппарата «Малыш» объясняется высокой плотностью мощности светового потока 5 мВт/см², значительно выше, чем у обычных ламп фототерапии. Очень удобна опция регулировки мощности 40% и 100%, которую врач выбирает в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Преимуществом аппарата является его длительный ресурс работы до 100 000 часов.

К неоспоримым достоинствам аппарата «Малыш» необходимо отнести и следующие опции - дозирование времени облучения, автоматическое отключение процедуры фототерапии, возможность во время фототерапии выключения источника излучения с сохранением текущего времени процедуры.



Цена фототерапевтического аппарата «Малыш» 130 000 рублей.

Условия оплаты – 100% предоплата.

Полное сервисное обслуживание
Гарантийные обязательства сроком
на 3 года.

При принятии решения о приобретении аппарата «Малыш» Вам необходимо сделать заявку в письменном виде и отправить ее по факсу (495) 933-19-02. В заявке обязательно указать реквизиты Вашей компании.

По всем интересующим Вас вопросам Вы можете обратиться к
Заместителю Генерального директора по
медицинским инновационным технологиям
Ильиной Наталье Викторовне
8-903-568-54-04 ilina00@list.ru



ЗАО Компания «КИЛЬ-М»
эксклюзивный представитель
ПК «Люзар» (Беларусь) на территории
России
г. Москва, ул. 2-я Бауманская, д. 7,
строение 1А
(495)933-1902, 267-0219, 267-1707
Medicine.com.ru, kiel-m.ru, 9331902.ru

2 - 5 декабря 2008

Москва

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии
перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий»



Список участников выставки

Список участников выставки

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО «БЕРЛИН-ХЕМИ/ МЕНАРИНИ ФАРМА ГМБХ» BERLIN-CHEMIE /MENARINY

Германия / Germany

115162 Москва,
ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б, 3 эт.
Тел.: +7 (495) 785 01 00
Факс: +7 (495) 785 01 01
e-mail: info@berlin-chemie.ru
<http://www.berlin-chemie.ru>

Компания в течение многих лет представлена на российском рынке и является лидером в области кардиологии, эндокринологии. Продукция компании соответствует мировым стандартам качества. Мы заботимся о Вашем здоровье и работаем для этого!

ДРЕГЕР МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА DRAEGER MEDICAL AG&CO.KG

Россия/Germany

127473 Москва,
1-й Щемилковский пер., д. 15 / В-23542,
Luebeck, Moislinger allee 53-55
Тел.: +7 (495) 775 15 20 / +49 1805 372 34 37
Факс: +7 (495) 775 15 20 / +49 451 882 37 79
e-mail: info.russia@draeger.com / cod@draeger.com
<http://www.draeger.ru> / www.draeger.com

Производство, поставки и сервисное обслуживание наркозных аппаратов, аппаратов ИВЛ, мониторных систем, консолей для организации рабочих мест и систем медицинского газоснабжения.

ЗЕРУМВЕРК БЕРНБУРГ АГ SERUMWERK BERNBURG AG

Германия / Germany

101000 Москва,
Главпочтамт, а/я 370
Тел.: +7 (495) 772 17 08(09)
Факс: +7 (499) 159 44 13
e-mail: info@leitran.ru

Продажа и поставка в РФ лекарственного средства ИНФУКОЛ ГЭК во флаконах по 100 мл для интенсивной терапии новорожденных. ИНФУКОЛ ГЭК - единственный препарат в ряду других ГЭК разрешен к медицинскому применению по широкому спектру показаний у детей всех возрастных групп и беременных женщин.

ИЗДАТЕЛЬСТВО Н-Л PUBLISHING HOUSE N-L

Россия / Russia

141408 Москва,
Московская обл., г. Химки,
Ленинградское ш., владение 5
Тел.: +7 (812) 784 97 51(50)
Факс: +7 (812) 784 97 51
e-mail: nl@n-l.ru
<http://www.jowd.ru> www.n-l.ru

Медицинская и научная литература: журналы: «Журнал акушерства и женских болезней», «Обзоры по клинической фармакологии», «Экологическая генетика»; книги и мет. пособия для врачей и специалистов.

КОМПАНИЯ КИЛЬ-М THE COMPANY OF KIEL-M

Россия / Russia

105005 Москва,
ул. 2-я Бауманская, д. 7, стр. 1А
Тел.: +7 (495) 933 19 02
Факс: +7 (495) 933 19 02
e-mail: postmaster@medicine.com.ru
<http://www.kiel-m.ru>

Комплексные поставки медицинских изделий. Все для акушерства, гинекологии и неонатологии. Клинически доказанная эффективность всего поставляемого оборудования. Наличие на складе. Низкие цены. Большие скидки.



КОНВАТЭК CONVATEC

США / USA

101000 Москва,
Б.Златоустинский пер. 1, стр.1
Тел.: +7 (495) 748 48 84
Факс: +7 (495) 748 48 94
e-mail: info@unomedical.ru
<http://www.convatec.com>

Компания Convatec - мировой лидер в области лечения ран и ухода за стомой. В 2008 году в состав Convatec вошла компания Unomedical - ведущий производитель высококачественных медицинских расходных материалов.



МИР-ФАРМ MIR-PHARM

Россия / Russia

249036, Производство: Калужская область,
г. Обнинск, ул. Королева, 4.
Продвижение: МО, Ленинский р-он, 1-км.
Киевского ш., Бизнес-Парк «Румянцево», стр.1,
офис 735А
Тел.: +7 (495) 984 28 40 /41
Факс: +7 (495) 984 28 40 /41
e-mail: info@mirpharm.ru
<http://www.mirpharm.ru>

МИР-ФАРМ - ведущий российский производитель лекарственных средств, специализирующийся в области акушерства и гинекологии. Инновационная продукция компании: Транексам, Гинепристон и др.

МЕДПРЕСС-ИНФОРМ MEDPRESS-INFORM

Россия / Russia

119992 Москва,
Комсомольский проспект 42, стр. 3, офис 7-8
Тел.: +7 (499) 255 20 43
Факс: +7 (499) 255 20 43
e-mail: office@med-press.ru
<http://www.med-press.ru>

Издание медицинской литературы для врачей всех специальностей.

НИКОМЕД ДИСТРИБЬЮШН СЕНТЭ NYCOMED DISTRIBUTION SENTE

Россия / Russia

119049 Москва,
ул. Шаболовка, 10/2
Тел.: +7 (495) 933 55 11
Факс: +7 (495) 502 16 25
e-mail: info@nycomed.com
<http://www.nycomed.com>

Представительство компании Никомед в России было основано в 1993 году. Сегодня Никомед Россия-СНГ является одним из ведущих подразделений корпорации Никомед Групп. Компания специализируется во многих областях медицины, в частности – неврологии, кардиологии, акушерстве/гинекологии, эндокринологии, ревматологии, педиатрии, хирургии, аллергологии/дерматологии, неонатологии, общей врачебной практике и отоларингологии. На сегодняшний день Никомед работает более чем в 120 городах и регионах России и СНГ. «Наша миссия – На Благо Здоровья!»



НУТРИЦИЯ NUTRICIA

Нидерланды / Netherlands

141407 Московская область, Химки,
ул. Панфилова 19, стр. 1
Тел.: +7 (495) 739 48 09
Факс: +7 (495) 739 48 09
e-mail: info@nutricia.ru
<http://www.nutricia.ru>

NUTRICIA является лидером в производстве детского и клинического питания. Имея крупнейший научно-исследовательский центр в Европе, NUTRICIA определяет во всем мире качественно новые стандарты для заменителей грудного молока.

НТФФ «ПОЛИСАН» STPF «POLYSAN»

Россия / Russia

191119 Санкт-Петербург, Лиговский пр-т, д. 112
Тел.: +7 (812) 712 13 79, 710 82 25
Факс: +7 (812) 764 62 84
e-mail: marketing@polysan.ru
<http://www.polysan.ru>

Разработка и производство оригинальных лекарственных препаратов: индуктор эндогенного интерферона – Циклоферон (Cycloferon); инфузионный детоксицирующий раствор – Реамберин (Reamberin); метаболический церебропротектор – Цитофлавин (Cytotflavin).

РАДИОМЕТР МЕДИКАЛ АПС RADIOMETER MEDICAL APS

Дания / Denmark

119048 Москва, ул. Усачева, д. 33, стр. 1, этаж 4
Тел.: +7 (495) 937 21 18
Факс: +7 (495) 937 21 17
e-mail: radiom@co.ru
<http://www.radiometer.com>

Ведущий в мире разработчик и производитель анализаторов газов крови и КОС, urgentных электролитов, метаболитов, параметров ко-оксиметрии. Второй линией продукции являются транскутанные мониторы рО₂/рСО₂, принятые в качестве стандарта в неонатологии и интенсивной педиатрии.

МК РУСТЕК / MC RUSTECH

Россия / Russia

109316 Москва, Волгоградский проспект 28 А
Тел.: +7 (495) 984 73 92
Факс: +7 (495) 984 73 92
e-mail: info@rustech.ru
<http://www.rustech.ru>

ООО «МК РУСТЕК» – дистрибьютор фирмы «TRANSMED» (Германия) предлагает современное оборудование для клинической трансфузиологии серии SAHARA для размораживания плазмы, стволовых клеток, подогрева компонентов крови и инфузионных растворов.

РЕАН REAN JSC

Россия / Russia

121615 Москва,
Рублевское шоссе, д. 26, к.1
Тел.: +7 (495) 510 15 58
Факс: +7 (495) 415 43 81
e-mail: info@reanmed.ru
http://www.reanmed.ru

ЗАО «РЕАН» является эксклюзивным дистрибьютором компании The Laryngeal Mask Company Limited (LMA™) на территории Российской Федерации и стран СНГ. Компания занимается внедрением передовых технологий в анестезиологии, неотложной медицине, интенсивной терапии и организует поставки воздуховодов LMA™ – продукции, являющейся абсолютным лидером мирового рынка. Наша продукция, ларингеальные маски LMA™, является современной альтернативой обеспечения проходимости дыхательных путей в экстренных ситуациях, поддержания проходимости дыхательных путей во время анестезии (наркоза) при хирургических операциях и во время лечения критических состояний.

СЕРВИСИНСТРУМЕНТ SERVICEINSTRUMENT

Россия / Russia

123242 Москва,
ул. Баррикадная, д.2
Тел.: +7 (499) 252 01 16
Факс: +7 (499) 252 63 21
e-mail: info@servinst.ru
http://www.servinst.ru

Поставка оборудования для неонатологии/детской реанимации. Официальный дистрибьютор фирм: Сикрест, США; Амеда/Ардо, Швейцария; Респироникс, США и др.

CARDINALHEALTH

США / USA

109004 Москва,
Товарищеский переулок, дом 20, стр. 4
Тел.: +7 (495) 911 93 17
Факс: +7 (495) 911 36 71
e-mail: cpm@mosfirm.ru

Компания CardinalHealth (США), является признанным мировым лидером в производстве аппаратов ИВЛ для новорожденных (в т. ч. Недоношенных с экстремально низкой массой тела) детей и взрослых.

ТРИАДА-Х / TRIADA-X

Россия / Russia

119331 Москва,
ул. Крупской, 19-41
Тел.: +7 (495) 917 25 57
Факс: +7 (495) 917 25 57
e-mail: triada-x@postman.ru
http://www.triada-x.msk.ru

Издательская и книготорговая фирма. Специализация – медицинская литература.



ФГУП «ПО «УРАЛЬСКИЙ ОПТИКО-МЕХАНИЧЕСКИЙ ЗАВОД» ИМ. Э.С. ЯЛАМОВА» FSUE «PA «URALS PTICAL&MECHANICAL PLANT» NAMED AFTER MR. E.S. YALAMOV»

Россия / Russia

111123 Москва,
ул. Плеханова, д. 4, стр. 1
Тел.: +7 (495) 642 87 88
Факс: +7 (495) 642 87 89
e-mail: uomzmf@mail.ru
http://www.uomzmf.ru

ФГУП «ПО «УОМЗ» – ведущее предприятие в Российской Федерации, занимающееся разработкой, проектированием и производством медицинской техники, в т.ч. неонатальной, отвечающей требованиям ISO 9001.

ФРЕЗЕНИУС КАБИ ДОЙЧЛАНД ГМБХ FRESENIUS KABI DEUTSCHLAND GMBH

Россия / Russia

119435 Москва,
Большой Саввинский переулок, д.12, стр. 5
Тел.: +7 (495) 950 57 14
Факс: +7 (499) 246 02 50
e-mail: freka@fresenius-kabi.ru
http://www.fresenius-kabi.ru

Основными направлениями деятельности Fresenius Kabi является разработка и производство препаратов для инфузионной терапии, парентерального и энтерального питания. Фрезениус Каби занимает лидирующую позицию в Европе и в мире по производству и продажам препаратов для восполнения объема циркулирующей крови и клинического питания.

ЭЛВИ ИНТЕРТРЕЙД ELVI INTERTRADE LTD

Россия / Russia

109548 Москва,
ул. Шоссейная д.1 корп.1
Тел.: +7 (499) 179 49 46, (495) 231 22 80
Факс: +7 (499) 179 49 80
e-mail: elvi@dol.ru
http://www.elvi-intertrade.ru

Эксклюзивный дилер фирм KanMed AB, Швеция, Barkey Германия, Biegler Medizinelektronik, Австрия. Оборудование для предупреждения и лечения непреднамеренной гипотермии: системы обогрева пациента на операционном столе и в палате реанимации, аппарат для подогрева инфузионных растворов во время инфузии, размораживатель плазмы и кровезамещающих растворов.

1. АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ

ВЛИЯНИЕ ЭКЛАМПСИИ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Абдурахманов Ф.М., Алиева Р.Я., Морскова М.Р.,
Нодиршоева Р.А., Абдурахманова М.А.

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и педиатрии Министерства здравоохранения

Душанбе, Таджикистан

Уровень материнской и перинатальной смертности, связанный с эклампсией, в последние годы не имеет отчетливой тенденции к снижению, и продолжает колебаться в пределах 1 – 10 %. Для многофакторного анализа эклампсии ретроспективно изучено 273 случаев эклампсии зарегистрированных за 2000-2007 гг. Сравнительный анализ проводился с учетом международной классификации 10 пересмотра, 1 – группу составили 148 женщин перенесших эклампсию во время беременности: 2 – группа – 125 в родах. Благоприятный исход для матери среди анализированных случаев был у 232 женщин (84,9 %), материнская смертность – в остальных 41 случаях (15,0 %).

Медико-социальный портрет женщин, перенесших эклампсию, представлен в 60 % пациентками молодого возраста, то есть от 15 до 24 лет. Пациентки, перенесшие эклампсию, были в основном первородящими (62,6 %). У более 40 % повторно и многорожавших установлен короткий интергенетический интервал и у каждой второй (51,0 %) анамнез был отягощенным. Почти у каждой второй пациентки (47,9 %) роды были преждевременными. Операция кесарева сечения произведена в 70,3 % случаев. Магнезиальная терапия не проведена каждой пятой женщине, перенесшей эклампсию (19,4 %). Материнские потери среди женщин, перенесших эклампсию, составляют 15%, среди которых каждая вторая (58,5 %) молодого возраста (от 15 до 24 лет), каждая четвертая (24,3 %) – активного репродуктивного возраста и 17% – женщины старшей возрастной группы. Большинство женщин, погибших от эклампсии, были первородящими (64,3 %), они имели неблагоприятный преморбидный фон. Анемия различной степени тяжести (85,7 %) и заболевания почек (73,9 %) являются доминирующими в структуре экстрагенитальной патологии. Факторами, приводящими к летальному исходу матерей, погибших от эклампсии, явились: низкий уровень информированности (в 71,4 % случаев эклампсия произошла дома), отсутствие должного дородового наблюдения (35,7 %) и дородовой госпитализации (100 %), несвоевременное проведение магнезиальной терапии (28,6 %).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Андреев А.А., Пантелеев А.В., Атласов В.О.

Военно-медицинская академия

СПб ГУЗ «9 родильный дом»

Санкт-Петербург

Вопросы использования методов регионарной анестезии для обезболивания родов остаются предметом обсуждения, как анестезиологов, так и акушеров-гинекологов. Несмотря на накопление опыта в этой области, усовершенствование технологий, ряд вопросов, касающихся результатов применения регионарного обезболивания в родах, требует уточнения. Учитывая наличие большого числа факторов, оказывающих влияние на течение и исход родов, на современном этапе целесообразно внедрение в практику лишь подходов с доказанной эффективностью и безопасностью.

Результаты проведенных в последние годы исследований с высоким уровнем доказательности позволяют говорить об отсутствии значимого и доказанного отрицательного влияния эпидуральной аналгезии на прогресс родов, исход родов и частоту кесарева сечения, состояние плода и новорожденного. Кроме того, регионарные методы остаются самыми эффективными способами устранения сильной родовой боли, известной своим комплексным негативным влиянием.

Появление технических возможностей обусловило появление новых методик регионарного обезболивания родов. Ряд из них позиционировались как близкие к «идеальному» методы обезболивания, принципиально превосходящие «традиционную» эпидуральную аналгезию. В то же время, на сегодняшний день следует констатировать, что все применяемые методики в целом сопоставимы по ключевым точкам анализа своей безопасности и эффективности – течение и исход родов, частота кесарева сечения, частота осложнений со стороны матери, состояние плода, расход анестетиков и нагрузка на персонал.

Для повышения эффективности применения регионарной аналгезии в родах необходимо формулирование согласованных принципов ведения родов на фоне обезболивания. Важными моментами являются объективизация акушерской ситуации, оценка состояния плода до инициации регионарного блока с последующей взвешенной оценкой возможных рисков и пользы. Анестезиолог должен предельно четко и методично соблюдать все известные правила проведения регионарной аналгезии, применять минимальные дозировки препаратов, взвешенно относиться к выбору конкретного варианта обезболивания, контролировать состоя-

ние роженицы и уровень блока. Акушер, ведущий роды, должен быть ориентирован в причинах происходящих изменений состояния плода, родовой деятельности. Итогом такой работы будет повышение безопасности рожениц за счет отказа от необоснованного выполнения инвазивных манипуляций и операций, а также рост удовлетворенности женщин общим уровнем оказания акушерской помощи.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОПОЭТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КОНЦЕНТРАТА ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Аппалуп М.В., Шевелева Г.А., Акиньшина В.С., Борзыкина О.М.

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Экспериментальные исследования выполнены на 19 неимбредных белых крысах-самках. Для изучения корригирующих свойств ядросодержащих клеток пуповинной крови человека (ЯСК-ПК) у крыс моделировали острую гемическую гипоксию с развитием в последующем постгеморрагического состояния, путем забора крови в количестве 30% от ОЦК. Каждому животному, вошедшему в основную группу ЯСК-ПК вводили в хвостовую вену в количестве 1×10^6 ЯСК, суспензированных в 1 мл физиологического раствора, спустя 3 часа после кровопотери. Животные были разделены на 3 группы: группа сравнения (1) – 6 крыс, перенесших кровопотерю и не получавших никакой терапии; основная группа (2) – 7 крыс, которым после кровопотери вводили концентрат ЯСК-ПК; контрольная группа (3) – 6 интактных животных. Эксперимент проводился по следующей схеме: введение ЯСК через 3 часа после создания кровопотери и исследование морфологического состава крови и поведенческих реакций на 5-е сутки после острой гемической гипоксии и развития постгеморрагического состояния.

На 5-й день наблюдения у животных подопытных групп было отмечено достоверное по сравнению с контролем снижение уровня гемоглобина и эритроцитов. Однако в группе, получившей ЯСК, показатели красной крови достоверно превышали таковые у крыс с не леченной анемией. Число лейкоцитов во 2 группе было выше не только по сравнению с 1-й группой, но и с контролем.

Результаты эксперимента позволяют сделать вывод, что ядросодержащие клетки пуповинной крови человека, введенные сразу после моделирования острой массивной кровопотери в эксперименте на крысах, обеспечивают достаточно выраженный антигипоксический эффект, способствуя снижению тяжести постгеморрагических изменений. Выяснение механизма действия этих клеток требует проведения дальнейших исследований. В частности, крайне важно установить, является ли повышение

числа эритроцитов в крови крыс следствием колониеобразующей активности человеческих клеток – предшественников эритроцитов либо введенный концентрат обладает своеобразным неспецифическим действием, опосредованным влиянием цитокинов на костный мозг или другие органы крыс.

РОЛЬ РЕКОМБИНАНТНОГО АКТИВИРОВАННОГО ФАКТОРА VII В ЛЕЧЕНИИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Баранов И.И., Холин А.М.

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Рекомбинантный активированный фактор VII (РАФ VII) в последние годы рассматривается в качестве нового метода лечения при угрожающих жизни послеродовых кровотечениях (ПРК), причем иногда независимо от стандартной терапии. Принципиально важно то, что использование РАФ призвано не только спасти жизнь женщины, но и предотвратить необходимость гистерэктомии и сохранить репродуктивную функцию. Между тем, уровень доказательности данных по использованию РАФ VII при ПРК ограничивается обзорами и описаниями отдельных случаев в нерандомизированных исследованиях. Для того, чтобы рекомендовать применение РАФ в широкой акушерской практике, необходимо опираться на результаты рандомизированных контролируемых исследований, в том числе качественные систематические обзоры. Что касается использования РАФ VII при неакушерских кровотечениях, то уже опубликован ряд заслуживающих внимание клинических рекомендаций.

Анализ литературы позволяет на данном этапе определить роль РАФ в лечении массивной акушерской кровопотери следующим образом:

Выполнение гистерэктомии при лечении массивной акушерской кровопотери обоснованно лишь после того, как все хирургические и нехирургические гемостатические процедуры были применены, введены около 8 доз свежезамороженной плазмы, 90 мг/кг РАФ VII болюсно, через 20 мин добавлена и вторая доза РАФ VII.

Вместе с тем, акушеры должны понимать, что в некоторых ситуациях гистерэктомию необходимо выполнить на более ранних этапах, нежели в приведенных рекомендациях.

Рекомбинантный фактор VII должен быть использован только тогда, когда врач считает, что риск критического кровотечения превосходит потенциальные опасности от его применения

Указанные рекомендации не предназначены для использования в качестве клинических протоколов и алгоритмов по применению VII фактора в акушерской практике, любое их использование должно быть адаптировано к местным условиям и возможностям.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ РАСТВОРЫ

Буланов А.Ю.

ГУ Гематологический научный центр РАМН
Москва

На сегодняшний день неоспорима важность инфузионной терапии в различных областях медицины. История метода насчитывает более полутора веков и ведет отсчет с применения скандинавским врачом Т. Latta солевого раствора для внутривенного введения в 1831 г. На сегодняшний день в арсенале специалистов широкий ассортимент коллоидных и кристаллоидных инфузионных растворов. Это подразумевает возможно выбора, для осознанности которого хотелось бы обратить внимание на некоторые аспекты.

Важной вехой в развитии современной инфузионной терапии явилась так называемая «коллоидно-кристаллоидная война». Итог ее весьма разумен и может быть сведен к словам «всему свое место». Патологической основой распределения ролей различных инфузионных растворов являются современные представления о водных секторах организма. Согласно им принципиально выделение двух состояний: дегидратации – дефицита внесосудистых секторов, и гиповолемии – дефицита объема циркулирующей крови. В первом случае основной рабочий инструмент кристаллоидные растворы, во втором – коллоиды. При этом фраза «выбор за коллоидами» никогда не подразумевает изолированного использования препаратов. Их обязательные спутники солевые растворы и именно они являются стартовыми.

Современные коллоидные растворы принадлежат к трем основным типам: желатины, декстраны и гидроксипропилированные крахмалы. Примерно равные между собой по основному – волемическому действию, они существенно различаются по безопасности, что определяется выраженностью побочных эффектов (в первую очередь способности изменять состояние системы гемостаза и нефротоксичности). Минимальная токсичность, присущая растворам ГЭК привела их на лидирующие позиции в сегодняшней инфузионной терапии. При этом следует отметить, что и сами ГЭК не равнозначны по безопасности. Во многих случаях оптимально использование препаратов третьего поколения.

Существенным аспектом применения кристаллоидных растворов сегодня является так называемая «концепция сбалансированной инфузионной терапии». Она подразумевает приоритетность использования, в особенности при проведении объемной инфузионной терапии полиэлектrolитных растворов, сбалансированных по электролитному составу, осмолярности, тоничности и резервной щелочности.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ И КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ В АКУШЕРСТВЕ

Вартанов В.Я., Хуторская Н.Н., Ярославцев С.О.,
Ермакова Н.В.

Межрайонный перинатальный центр МУЗ Клиническая
больница № 5
Тольятти

Многолетний опыт лечения острой кровопотери в акушерстве позволил разработать рациональный подход к инфузионно-трансфузионной терапии и кровесберегающим технологиям.

При дефиците ОЦК до 25 % суточный объем трансфузии составляет 200 – 250 % кровопотери, инфузионная терапия состоит из коллоидных (р-ры ГЭК, гелофузин) и кристаллоидных растворов в соотношении 2:1.

При дефиците ОЦК 25 – 40 % суточный объем переливаемой жидкости должен быть не менее 250 % дефицита ОЦК; кровью возмещается на 50 % потерянной, коллоидными и кристаллоидными растворами в соотношении 2:1. Уже на этом этапе считаем необходимым подключение аппаратной реинфузии крови. Аппаратная реинфузия крови в акушерстве возможна только в режиме «High Quality Wash», предусматривающем тщательную обработку загрязнённой крови.

При дефиците ОЦК более 50 % общий объем вводимой жидкости на 300 % превышает кровопотерю, возмещение кровью осуществляется на 100 % потерянной, соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов составляет 3:1. Ингибиторы протеаз (трасилол) назначаются в/в болюсно 200 тыс. ЕД, затем в виде непрерывной инфузии до 750 тыс. ЕД/сут. С целью коррекции гемокоагуляции вводим до 1 - 1,5 л СЗП под контролем гемодинамики. Удлинение АЧТВ и ПВ в 1,5 раза от нормальной величины приводит к увеличению риска клинически значимого кровотечения и требует коррекции. Если уровень фибриногена остается критически низким (<1,0 г/л), необходима терапия криопреципитатом. У больных с острой продолжающейся кровопотерей количество тромбоцитов не должно быть ниже критического уровня (50-100x10⁹/л). При тромбоцитопении вводится порядка 7 - 8 доз тромбоцитарной массы. Закономерно присоединяющийся на данном этапе ДВС-синдром делает целесообразным применение рекомбинантного активированного фактора VII. Рекомендуются дозы Ново-сэвена составляют 240 мг/сутки.

Разработанная тактика позволила уменьшить переливания донорских компонентов крови в 1,5 - 2 раза и сократить сроки пребывания больных с массивными кровопотерями в отделении реанимации в 3 - 4 раза.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ

Ветров В.В., Лукина Е.Л., Долженкова Н.Л.,
Лукин А.В., Худяков А.В.
Родильный дом № 10
Санкт-Петербург

В России существуют три варианта проведения эфферентной терапии (ЭТ) родильницам для профилактики материнской смертности (МС).

Первый вариант применяется в многопрофильных больницах после перевода из родильных домов женщин со сформированной полиорганной недостаточностью (ПОН). Второй вариант используется в акушерских стационарах при вызове бригады специалистов к больным с формирующейся ПОН. При первом – втором вариантах больным проводятся гемофильтрация, большеобъемный плазмаферез и пр. Летальность при этом составляет 4 – 82,3 %, прогрессивно увеличивается при позднем начале ЭТ (Ковалев В.Ф. и др., 1997; 1998; Кулаков В.И. и др., 2001; Шукевич Д.Л. и др., 2008). Выжившие женщины часто остаются без детородного органа и становятся инвалидами из-за возникшей соматической патологии.

Третий вариант применяется при работе кабинета ЭТ в акушерском стационаре, в частности, в нашем учреждении. При этом больным с 1 - 3 суток от манифестации органно-системных дисфункций с помощью отечественного оборудования (апп. «Гемос-ПФ», плазмодифильтеры ПФМ-800, гемосорбенты «Симплекс» и др.) проводятся плазмаферез, плазмо-, гемосорбция в сочетании с фотомодификацией крови и возвратом модифицированной аутоплазмы (по показаниям, в каждом третьем случае). За 11 лет (1998 - 2008 гг.) работы в кабинете ЭТ пролечено 386 неотложных больных, летальности не было. Также в ходе лечения, как правило, отпала потребность в удалении матки (очаг инфекции) и в переводе женщин в специализированные стационары. В то же время в учреждении погибли две родильницы, которым ЭТ, к сожалению, не назначалась и показатель МС составил 5,1 на 100.000 живорожденных детей, что в 4 раза меньше, чем в среднем по г. Санкт-Петербургу за эти же годы.

Заключение. Для профилактики МС и инвалидизации у родильниц с неотложной патологией предпочтительнее 3-й вариант проведения ЭТ, который легко реализовать путем организации кабинетов ЭТ в крупных акушерских стационарах. При этом нет необходимости в дорогом импортном оборудовании. В докладе будет приведен случай успешного лечения больной с синдромом Мендельсона.

МАЛООБЪЕМНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Ветров В.В., Худяков А.В.
Родильный дом № 10
Санкт-Петербург

Наблюдали 98 беременных в возрасте 17 - 43 лет, имевших по несколько факторов риска развития патологической кровопотери в родах (гестоз, рубец на матке, миома матки, предлежание плаценты и пр.). 48 женщин (основная группа) при подготовке к родам по поводу соматической или акушерской патологии получали 1-4 сеанса малообъемного центрифужного плазмафереза с заготовкой на роды 300-900 мл аутоплазмы. Остальные 50 женщин (контрольная группа) готовились к родам традиционно. По возрасту, данным анамнеза, клинике, показателям коагулограмм и способам родоразрешения пациентки обеих групп практически не отличались.

В 36 из 98 (36,7 %) случаев роды произошли через естественные родовые пути и у 2 из этих женщин (обе из контрольной группы) было послеродовое кровотечение в объемах соответственно 600 мл и 800 мл.

Путем кесарева сечения, чаще планового, были родоразрешены 62 женщины, кровопотеря более 900 мл отмечена в 16 случаях (25,5 % ко всем оперативным родам), по 8 случаев в каждой группе. В основной группе у 7 из 8 пациенток кровопотеря составила 900 - 1200 мл, еще у одной пациентки, которой проведена миомэктомия и последующая ампутация матки – 2000 мл. В контроле из 8 женщин с патологической кровопотерей объем последней 900-1200 мл был в 5 случаях, а объем 1500 - 2500 мл – в 3 случаях.

Дефицит ОЦК при послеродовой кровопотере у женщин основной группы возмещали инфузией растворов кристаллоидов и аутоплазмой, донорские СЗП и эритромаасса потребовались соответственно в двух и в одном случае. В контрольной группе для возмещения кровопотери использовали растворы кристаллоидов, крахмала, донорские СЗП (7 случаев) и эритромаассу (3 случая).

Заключение. Проведение предродового плазмафереза у беременных из группы высокого риска имеет два преимущества:

Способствует снижению частоты патологической кровопотери как при самопроизвольных, так и при оперативных родах

Передивание запасенной аутоплазмы позволяет уменьшить использование донорских компонентов крови.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Гурьянов В.А., Володин А.В., Толмачёв Г.Н.,
Маричик Н.В.

ММА им. И.М. Сеченова

*Родильный дом Городской Клинической больницы № 67
Москва*

Анализ структуры артериальной гипертензии (АГ) у беременных свидетельствует, что у 6 – 20 % - это сопутствующая гипертоническая болезнь (БГБ), у 17 – 36 % - АГ, обусловленная гестозом и у 36 – 86 % - АГ, обусловленная гестозом, развившемся «на фоне» (вследствие?) ГБ (БГБ+Г). Эти формы АГ дебютируют как гипертензия «выброса» (гиперкинетический тип гемодинамики), переходя на более поздних этапах в гипертензию «сопротивления» (трансформация через эу- в гипокинетический тип). В развитии и прогрессировании АГ большую роль играют: дисфункция системы кровообращения (СК), автономной нервной системы (АНС), универсального вторичного мессенджера кальция и повреждение эндотелия (синдром «ишемии-реперфузии» матки/плаценты ☐ ССВР – синдром «капиллярной утечки»), механизмы и степень выраженности которых при перечисленных формах АГ изучены недостаточно. Исследования последних лет показали, что патологическое ожирение и беременность являются хронической формой абдоминального «компармент»-синдрома (АКС). Неблагоприятные последствия синдрома обусловлены распространением гипертензии на соседние пространства и полости, что уменьшает СВ, ограничивает легочную вентиляцию, увеличивает давление спинномозговой жидкости, а главное - угнетает функцию почек и висцеральную перфузию, что при определённых условиях может приводить к развитию синдрома «ишемии-реперфузии», сепсиса и полиорганной недостаточности.

Цель работы. Учитывая неспецифический универсальный, но разный по степени выраженности, механизм развития патологических нарушений у беременных с ГБ, разработать алгоритм интенсивной терапии и анестезии, предусматривающий коррекцию дисфункции АНС, СК и вторичного мессенджера кальция, профилактику и лечение «медиатоза», обусловленного гестозом и операцией. Оценить влияние АКС на механизм развития патологических нарушений.

Материал и методы. Изучали изменения показателей гемодинамики, водных секторов организма и тонуса АНС. Исследованы 200 «здоровых» небеременных (ЗНЖ) и беременных (ЗБЖ), 50 небеременных с ГБ (НЖГБ) (условная норма). В зависимости от типа гемодинамики, степени дисфункции АНС у 108 беременных с АГ – БГБ и БГБ+Г, проведена дифференцированная (включая ГЭК) предоперационная подготовка (7 – 10 дн) и продолжен послеоперационный приём антагонистов кальция (АК). Во время

анестезии продолжали введение АК в сочетании с транексамовой кислотой (15 – 20 мг/кг) и раствором ГЭК-130/0,4.

Результаты. У БГБ и БГБ+Г выявлены значительные нарушения процесса адаптации к беременности со стороны АНС (избыточная симпатико- или парасимпатикотония) и СК (гипокинетический тип гемодинамики). У всех беременных выявлено исходное увеличение объёма внеклеточной жидкости, по сравнению с небеременными. У ЗБЖ и БГБ с гипер- и эукинетическими типами – за счёт ОЦП (компенсаторная реакция), у БГБ с гипокинетическим типом гемодинамики в меньшей степени за счёт ОЦП и в большей – за счёт объёма интерстициальной жидкости (ОИЖ). У БГБ+Г – в ещё большей степени за счёт ОИЖ, в сочетании с гиповолемией, что явилось показанием к инфузии ГЭК. Предоперационная подготовка БГБ и БГБ+Г с гипокинетическим типом гемодинамики нифедипином и раствором ГЭК, сопровождалась увеличением диуреза, улучшением показателей водных секторов организма, физиологически необходимым снижением ОПСС, которое исходно отсутствовало (у БГБ+Г - ОПСС было патологически увеличено). Переходом типа гемодинамики в эукинетический и тонуса АНС в физиологическую симпатикотонию. Аналогичный результат получен у беременных с гиперкинетическим типом - при применении верапамила. Продолжение дифференцированного применения АК в анестезиологическом пособии, включение в него транексамовой кислоты и раствора ГЭК обеспечило адекватную защиту от хирургической травмы, сохранение достигнутого на предоперационном этапе наиболее физиологичного эукинетического типа гемодинамики у всех беременных. Являлось профилактикой дальнейших метаболических расстройств (инициируемых «медиаторной волной» ССВР – операцией): интерстициальной гипергидратации, дисфункции СК и др. систем, в послеоперационном периоде.

Измерение давления в мочевом пузыре показало, что при «физиологически» протекающей беременности (реже) и при беременности, осложнённой гестозом (чаще), особенно у лиц с парасимпатикотонией, гиповолемией, ожирением, многоводием и отёками оно, достигая 15-20мм рт. ст. и 25мм рт. ст. – во время схватки, сопровождается уменьшением диуреза, дисфункцией СК.

Заключение. Применение разработанного алгоритма способствует более высокой, чем в контроле, оценке новорождённого по шкале Апгар (на 0,5 и 0,7 балла ($p < 0,05$)) на 1-й и 5-й минутах после рождения; уменьшению медикаментозной нагрузки на организм беременной/родильницы и плода/новоорождённого на 1/3 и осложнений, обусловленных синдромом «ишемии-реперфузии», его «мотором» – АКС и 2-й «медиаторной волной» ССВР, что обеспечивает более физиологичную реабилитацию и адаптацию. Учитывая то, что АКС может способствовать развитию транслокации микробов и их метаболитов, необходим динамический контроль ВГ и, при необходимости, коррекция.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ И ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ PROSEAL ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Долбнева Е.Л., Мизиков В.М., Васильковская Н.В.
*ГУ РНЦХ им. академика Б.В.Петровского РАМН
Москва*

Проблема безопасного использования классической ЛМ (КЛМ) и ЛМ ProSeal (ПЛМ) при лапароскопических операциях (в условиях тотальной миоплегии и ИВЛ) до сих пор остается дискуссионной, поскольку отличительной особенностью этих воздухопроводов (по сравнению с эндотрахеальной трубкой - ЭТТ) является принципиально иной способ соединения с дыхательными путями (ДП) пациента. Это подразумевает возможность нарушения герметичности дыхательного контура, со всеми вытекающими последствиями в виде неадекватного газообмена, регургитации и аспирации.

Цель исследования: определение границ безопасного применения КЛМ и ПЛМ в анестезиологическом обеспечении лапароскопических операций (адекватности газообмена, гемодинамики и профилактики аспирационного синдрома).

Материал и методы. Было обследовано 188 пациентов (м - 21 чел.; ж - 167 чел в возрасте от 21 до 79 лет), подвергавшихся лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в условиях общей анестезии. В зависимости от применявшегося воздуховода пациенты были разделены на три группы: 1 - КЛМ (n=86; внутрибрюшное давление (ВБД) = 8-10 мм рт.ст.); 2 - ПЛМ (n = 42; ВБД = 10 - 14 мм рт.ст.); 3 - контрольная (с эндотрахеальной трубкой - ЭТТ; n = 60; ВБД = 8 - 10 мм рт.ст.). Время экспозиции карбоксиперитонеума (КП) > 40 мин. в положении Фовлера. Пациенты всех групп были сопоставимы по клинико-антропометрическим признакам и не имели патологии нижнего пищеводного сфинктера (по данным эзофагогастроуденоскопии). Премедикация: бензодиазепин, антигистаминный препарат и N2 блокатор ранитидин. Установка КЛМ и ПЛМ выполнялась по классической методике А. Брейна. В 50 % случаев ПЛМ устанавливали с помощью интродьюсера, в 50 % - пальца. Желудочный зонд (ЖЗ) устанавливали после установки ЛМ у 164 человек, конец которого (для определения утечки газонаркоотической смеси в желудок) опускали в герметичный пакет с 20 мл жидкости. Индукция анестезии: диазепам с кетаминном и фентанилом; барбитураты с фентанилом; пропофол с фентанилом. Поддерживание анестезии: N2O:O2 - 2/1 (FiO2=0,3), фентанил дробно по 0,01 мг, пипекурония бромид (0,06 мг/кг), атракурия бесилат (0,5 - 0,6 мг/кг, поддержание 1/3 дозы). ИВЛ: при индукции Р вдоха не превышали более 8 - 10 см водн ст; при поддержании анестезии - ДО 7 - 8 мл/кг, ЧДД в зависимости от данных EtCO2, Твд/Твыд 1/2. В группах с использованием КЛМ и

ЭТТ использовали 2 способа проведения ИВЛ: при 1 способе поддерживали постоянный МОД, при 2-м - постоянный EtCO2. В группе с ПЛМ использовали 1 способ проведения ИВЛ. Газообмен контролировали с помощью «Capnomac Ultima» («Datex») - SpO2, EtCO2 и исследованием КОС, гемодинамику - неинвазивным монитором «DynaMap» («Criticon»). У 40 пациентов ЖЗ устанавливали только после наружного осмотра желудка при лапароскопии. Исследовали количество и pH желудочного содержимого. Для индикации аспирации использовали метиленовый синий в желатиновых капсулах (per os за 10 мин. до начала анестезии: 24 чел в группе КЛМ, 16 чел. - в группе ЭТТ), при этом ЖЗ не устанавливали. Утечку газонаркоотической смеси определяли в % (МОД вдоха - МОД выдоха)/МОД вдоха - 100. Герметичность дыхательного контура рассчитывали как разность между МОД вдоха (принимаемом за 100 %) - утечка в %.

Результаты. Корректная установка КЛМ с первой попытки была выполнена в 98,6 %, ПЛМ - 85,3 %; со второй: КЛМ и ПЛМ - 100 % (несмотря на то, что существовал преднамеренный выбор пациентов с предполагаемой «трудной» интубацией). Время, необходимое для установки КЛМ составило 9,2±2,08 сек (ЭТТ - 8,8±1,8 сек), ПЛМ с интродьюсером - 13,9±3,1 сек, с использованием пальца 19,8±2,9 сек. В условиях тотальной миоплегии полностью отсутствовали какие-либо нежелательные глоточные и гортанные рефлексы, вызывающие нарушение проходимости ДП (тесты на наличие утечки в области шеи и желудка) или провоцирующие возникновение регургитации, что в значительной степени повлияло на конечный результат эффективности установки и функционирования ЛМ при ИВЛ. Прессорный ГД ответ на установку КЛМ и ПЛМ при различных методиках индукции выражался в виде увеличения ЧСС на 5,6 - 6,7 % от исходного, за исключением индукции на основе дипривана. При мануальной ИВЛ и Р вд. 8 - 10 см вод. ст. при индукции анестезии не отмечалось раздувания желудка. Использование ранитидина снижало pH и количество желудочного содержимого. В группах с использованием КЛМ и ЭТТ при анализе показателей газообмена (SpO2, EtCO2, КОС) достоверных различий установлено не было. Герметизм соединения «КЛМ-ДП» при 1-ом способе ИВЛ составил 96 - 98 % (до наложения КП, Рвд.=11,1±0,9 см вод.ст., EtCO2 =35±0,6 мм рт.ст., после наложения КП Рвд.=15,4±0,7 см вод. ст., EtCO2, = 39,6±0,6 мм рт.ст.), т.е.соответственно «неслышимая утечка» составила 4 - 2 %. При 2-ом способе ИВЛ (постоянном EtCO2) герметизм соединения составил 96 - 94 % (до КП - Рвд. 11,2±0,9 см вод. ст., при наложении КП - Рвд. 18,1±0,9 см вод. ст., EtCO2 38,2±0,3 мм рт.ст.), т.е. «неслышимая утечка» составила 6 - 4 %. При наложении КП периодическое нарушение герметизма соединения «КЛМ-ДП» («слышимую утечку в области шеи») отмечали у 7 пациентов (8,1%) (Р вдоха>25 см вод. ст.). В группе КЛМ и ЭТТ в течение анестезии по ЖЗ поступления газонаркоотической смеси не выявляли. Регургитации и аспирации установлено не было

(отсутствовало окрашивание ротоглотки и задней поверхности ЛМ и ЭТТ метиленовым синим). На всех этапах исследования в группе КЛМ и ЭТТ регистрировали нормальные показатели SpO₂, EtCO₂ и КОС. При использовании ПЛМ (по сравнению с КЛМ) регистрировали более высокие значения Рвд. на этапе установки маски и наложения КП, что обусловлено как меньшим диаметром внутреннего канала у ПЛМ в сравнении с КЛМ, так и более высокими значениями ВВД. Показатели Et EtCO₂ были аналогичны в группе ПЛМ таковым в группе КЛМ. До наложения КП Рвд. 14,8±1,8 см вод. ст., EtCO₂ 32,4±1,3 мм рт.ст.; при КП - Рвд. 22,5±1,5 см вод. ст., EtCO₂ 39,3±1,3 мм рт.ст. Герметизм соединения «ПЛМ - ДП» при постоянном МОД достигал 95 %. Сразу после установки ПЛМ незначительная «слышимая утечка в области шеи» определялась у 9 пациентов (22 %), после наложения КП - у 4 (9,5 %), интенсивность звука значительно уменьшалась и полностью исчезла у 5 (11,5 %). По-видимому, происходило полное или частичное «залипание» ПЛМ, которое при более высоких значениях КП (по сравнению с группой КЛМ), обеспечивало высокую степень герметизма соединения «ПЛМ - ДП» Утечки газонаркоотической смеси в желудок не было. На всех этапах в группе ПЛМ регистрировали нормальные показатели SpO₂, EtCO₂ и КОС. Осложнений при удалении КЛМ, ПЛМ и ЭТТ не было. «Першение в горле» на следующий день отмечалось в гр. КЛМ в 8,7 %, в гр. ПЛМ - в 9,2 %, в гр. ЭТТ - в 20 %.

Заключение. КЛМ и ПЛМ обеспечивают адекватный газообмен при ЛХЭ (в условиях общей анестезии с тотальной миоплегией и ИВЛ). Наличие утечки газонаркоотической смеси в объеме 4 - 6 % не имеет существенного влияния на газообмен и не приводит к попаданию газонаркоотической смеси в желудок. Применение классической методики А. Брейна для установки ЛМ в сочетании с использованием Н2 блокаторов в премедикации, ручной ИВЛ в пределах Рвд. 8 - 10 см вод. ст. при индукции анестезии, установкой желудочного зонда предотвращают риск возможной аспирации при применении КЛМ и ПЛМ. В отличие от КЛМ модифицированная за счет конструктивных особенностей ПЛМ позволяет безопасно осуществлять ИВЛ при Рвд. свыше 20 - 25 см вод. ст.

НОВОЕ В БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСФУЗИЙ

**Жибурт Е.Б., Вергопуло А.А., Копченко Т.Г.,
Коденев А.Т., Шестаков Е.А., Губанова М.Н.**

*Российская ассоциация трансфузиологов
Национальный медико-хирургический центр имени Н.И.
Пирогова
Москва*

Доказательные показания к переливанию компонентов крови оптимизируют эффективность трансфузий и позволяют избежать ненужных переливаний. На основе консенсуса заинтересованных специалистов в Пироговском центре были утверждены «Правила назначения компонентов крови».

Благодаря проведенной работе нам удалось сократить трансфузии аллогенных эритроцитов в два, а плазмы – в три раза. Соотношение перелитых плазмы и эритроцитов изменилось в пользу последних. При этом результаты клинической деятельности улучшились.

Арсенал и действия трансфузиолога должны быть направлены на борьбу с «триадой смерти»: гипотермией, ацидозом, коагулопатией. Профилактике гипотермии способствует аппаратное размораживание и подогревание трансфузионных сред. Цель коррекции коагулопатии – МНО – до 1,5, АЧТВ – до 45 секунд. При этом количество доз СЗП зависит от массы тела реципиента. Если масса тела – до 50 кг, переливают 2 дозы, от 50 до 80 кг – 3 дозы, свыше 80 кг – 4 дозы. Дальнейшую тактику определяют с учетом мониторинга гемостаза.

В российские клиники поступает не менее шести видов плазмы, тогда как в клиники других развитых стран только два – полученной из крови с CPD/SAGM, либо методом аппаратного афереза. Государственный заказчик, стремясь получить более дешевую продукцию, рискует приобрести компоненты крови, которые не только не будут соответствовать установленным стандартам качества, но и могут представлять вполне определенную опасность для реципиента.

Представлен первый опыт переливания свежемороженой плазмы, вирусинактивированной метиленовым синим (МС-СЗП). Расход МС-СЗП на одного пациента не превысил аналогичный показатель для традиционной СЗП. Все побочные реакции произошли при переливании обычной СЗП. При трансфузиях МС-СЗП побочных реакций не зарегистрировано. Также исследовали соотношение перелитых доз эритроцитов и плазмы. Прослеживается тенденция к увеличению этого показателя, что связано с возрастающей строгостью назначения трансфузий плазмы – только для коррекции выраженной коагулопатии. В том числе не выявлено относительного увеличения трансфузий плазмы и в 2007 году, году внедрения МС-СЗП. Таким образом, можно сделать заключение об эквивалентной клинической эффективности СЗП и МС-СЗП.

ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КРОВОПОТЕРЯХ В АКУШЕРСТВЕ

Зайдуллоев Б.Б., Расулова Г.Т.

*Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и педиатрии
Республиканский научный центр крови
Душанбе, Таджикистан*

Среди причин материнской смертности кровотечения занимают ведущее место, составляя по данным различных авторов, в среднем, 30,0%. Современные возможности трансфузионной медицины в восполнении кровопотери должны сделать кровопотерю любого объема и темпа возмещаемой.

Выполнено исследование состояния коагуляционного гемостаза в процессе осуществления инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) у 100 больных акушерского профиля. В зависимости от состояния системы гемостаза больные разделены на 2 группы: 40 женщин с адекватным коагуляционным гемостазом, (1 группа) и 60 беременных с продолжающимся кровотечением, которым проведена гемостатическая терапия (2 группа). Для сравнения – 20 здоровых рожениц, у которых течение послеродового периода не осложнялось кровотечениями.

Оценка лабораторных данных больных первой и второй группы и родильниц с нормой показала, достоверное снижение гемокоагуляционного потенциала у больных 2 группы. Различий в тестах коагулограмм у больных первой группы в сравнении с нормой не выявлено. У больных второй группы, по сравнению с нормой отмечается достоверное удлинение времени свертывания крови по Ли Уайту, времени рекальцификации плазмы, снижение протромбинового индекса, концентрации фибриногена и повешение фибринолитической активности крови, что свидетельствует о развитии гипокоагуляции. Объем кровопотери у больных 2 группы возмещен на 36,91 % гемокомпонентами, тем не менее, доля плазменных компонентов крови составила всего 13,8 %, что является одной из причин увеличения объема кровопотери у этой группы больных. У больных 1 группы объем перелитых гемокомпонентов составил 44,2 %, плазменных компонентов 28,6 %, что выше, чем у больных второй группы.

На основании полученных результатов можно утверждать о наличии у больных второй группы более высокой степени гемодилуции, что объясняется развитием неадекватной дилуции прокоагулянтов. Поэтому в программу ИТТ кровотечений в акушерской практике необходимо включать переливание больших доз свежемороженой плазмы в сочетании с солевыми растворами.

РЕИНФУЗИЯ И ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ В АКУШЕРСТВЕ

Зайдуллоев Б.Б., Расулова Г.Т.

*Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и педиатрии
Республиканский научный центр крови
Душанбе, Таджикистан*

Интраоперационная реинфузия представляет собой сбор крови с операционного поля и последующий ее возврат больному во время операции или в срок, не превышающий 6 часов после начала сбора. Проведена оценка влияния реинфузируемых эритроцитов на параметры центральной гемодинамики в послеоперационном периоде. В трансфузионную программу были включены беременные женщины, относящиеся к группе высокого риска по кровотечению, рубец на матке, предлежание плаценты,

многоплодную беременность. Трансфузия реинфузируемых эритроцитов произведена во время операции, в среднем 200 мл. Обследование параметров центральной гемодинамики проводилось до операции, на 2 и 4 сутки после операции на аппарате «Алока» – 650 SSD, снабженном доплеровским блоком пульсирующей волны. Для оценки функционального состояния центральной гемодинамики определяли: число сердечных сокращений (ЧСС), среднее артериальное давление (САД), минутный объем крови (МОК), ударный объем (УО), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), фракцию изгнания (ФИ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

На вторые сутки после реинфузии в группе в целом наблюдалось незначительное снижение ОПСС при одновременном увеличении ударного объема. Однако, как и в группе женщин с реинфузией, эти изменения не имели статистической достоверности ($p > 0,05$). Анализ характера изменения сердечного выброса показал, что лишь немногим более чем у половины женщин (57,8 %) он оставался практически неизменным, у каждой четвертой (26,7 %) – возрастал более чем на 10 % и только у 6,7 % – уменьшался. Именно увеличением ударного объема сердца при неизменной частоте сердечных сокращений обусловлено и некоторое повышение величины минутного объема сердца.

Таким образом, реинфузия, производимая с целью восполнения глобулярного объема, не оказывает негативного влияния на параметры центральной гемодинамики. Напротив, после указанной процедуры отмечается увеличение показателей, характеризующих насосную функцию сердца, а также уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕКСАНА У БЕРЕМЕННЫХ С

ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Закирова Н.И., Сафаров А.Т., Мансуров А.Т.

*Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Самарканд, Узбекистан*

Беременность при гипертонической болезни по количеству осложнений для матери и плода относится к беременности высокого риска. В свою очередь, течение беременности, при данной патологии, вызывает практический интерес, так как приводит к развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) и протекает с волнообразным течением хронической и подострой форм. В связи с этим, разработка принципов фармакологической коррекции ДВС-синдрома представляет для акушеров-гинекологов особый интерес. В основе профилактики и лечения ДВС синдрома лежит устранение непосредственной причины его возникновения, а также воздействие на основные звенья патогенеза.

Критериями антикоагулянтной терапии в акушерской практике являются её эффективность и безопасность для матери и плода. Из всего арсенала противотромботических средств препаратами выбора остаются гепарин и его производные. Однако, несмотря на множество преимуществ, обычный нефракционированный гепарин обладает рядом нежелательных свойств, которые в основном, предопределены гетерогенностью его структуры. Гепарин имеет биодоступность лишь 30%, так как связывается с множеством белков и клеток. При подкожном введении время полужизни гепарина составляет 12 ч., что требует регулярного лабораторного контроля.

Внедрение в клиническую медицину низкомолекулярных гепаринов (НМГ), а именно - препарата клексана (Enoxaparin sodium), позволило проводить лечение в амбулаторных условиях. Клексан - препарат низкомолекулярного гепарина (молекулярная масса около 4500 дальтон), полученный из стандартного гепарина методом деполимеризации в специальных условиях. Препарат характеризуется высокой активностью в отношении фактора Ха свертывания (тромбокиназы) и низкой активностью в отношении фактора IIa свертывания (тромбина). При применении препарата в дозах, используемых для профилактики венозных тромбозов, практически не влияет на время кровотечения, время свертывания и активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). Не оказывает влияния на агрегацию тромбоцитов.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности клексана при комплексной терапии ДВС-синдрома с хроническим течением у беременных с гипертонической болезнью.

Материал и методы. На кафедре акушерства и гинекологии Самаркандского медицинского института были обследованы 65 беременных с гипертонической болезнью. Возраст беременных составил 21 - 38 лет. Срок гестации в динамике наблюдений составлял 5 - 39 нед. Определение системы гемостаза проводилось в динамике в I, II и III триместрах беременности каждые 4 - 5 нед. (при необходимости - коррекция каждые 2 нед.). Продолжительность терапии клексаном составила 10 дней по 20 мг 1 раз в сутки. Инъекция производилась в подкожную клетчатку передней брюшной стенки справа или слева ниже пупка поочередно. Для оценки эффективности были исследованы некоторые звенья системы гемостаза, в частности: количество тромбоцитов (по Фонио); гемолизат- агрегационный тест (ГАТ) по Баркагану; активированное время рекальцификации плазмы (АВР); концентрация фибриногена по Рутбергу; протромбиновый индекс (ПТИ); этаноловый тест; протамин-сульфатный тест; Хагеман-калликреинзависимый фибринолиз (XII фактор). Для суммарной оценки свертывания крови и ретракции фибринолиза проводилась тромбоэластография (ТЭГ) на тромбоэластографе «Hellige» (Германия) с оценкой параметров r+k, k, ma, ИТП.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов указывает выраженный компенсаторный меха-

низм свертывающей системы в I триместре. У 20 беременных выявлено повышение гемокоагуляционного потенциала, которая характеризовалась умеренной хронометрической и структурной гиперкоагуляцией, уменьшение r+k (ниже 5 мм) тромбоэластограммы при увеличении ma (больше 60 мм) и ИТП (выше 30 усл. ед.), а также повышение ПТИ выше 110 % с тенденцией резкого снижения ниже 90 %, при повышенном уровне фибриногена 4,0 г/л и тромбоцитопению ($170 \cdot 10^9$ л), не соответствующую данному сроку гестационного процесса. Это, по-видимому, обусловлено повышенным потреблением факторов свертывания из-за процесса аутолиза и тромбинообразования в патологическом очаге. Такие данные свидетельствуют о наличии хронической формы ДВС-синдрома, что явилось патогенетическим обоснованием применения антикоагулянтной терапии клексаном в дозе по 20 мг 1 раз в сутки. Терапия дополнительно включала антиагрегантную - курантил по 25 мг 2 раза в сутки, так как показатели гемолизатагрегационного теста показывали повышение агрегационных свойств при тромбоцитопении. У 25 беременных наблюдалась картина подострой (субкомпенсированной) формы ДВС-синдрома. Отмечалась выраженная гипокоагуляция ПТИ ниже 80 %, уровень фибриногена до 2,0 г/л, нарастала хронометрическая и структурная гипокоагуляция r+k (17 мм) и ИТП (5 усл. ед.), тромбоцитопатия, АВР (66 с.). Также наблюдалась повышенная фибринолитическая активность: Хагеман-калликреинзависимый фибринолиз больше 60 с, протамин-сульфатный тест слабо положительный, этаноловый - отрицательный во всех случаях. Гипокоагуляция по данным ССК не нарастала.

Проведенная терапия антиагрегантами - курантилом по 25 мг 3 раза в сутки и антикоагулянтами - клексаном по 20 мг 1 раз в сутки в течении 7-10 дней нормализовала показатели свертывающей системы. При повышении коагуляционного потенциала отмечалось некоторое снижение ПТИ - до 100 г/л, повышение фибриногена до 3,0 г/л. Также наблюдалось нормализация структурных и хронометрических показателей на ТЭГ.

Проведенные исследования позволили оценить функционирование системы гемостаза у беременных с гипертонической болезнью. Признаки коагулопатии потребления отмечаются в крови беременной чаще в начале II триместра и могут быть причиной прогрессирования ДВС-синдрома. Выявленные нарушения показывают на необходимость контроля за динамикой гестационного процесса у беременных с высоким риском развития ДВС-синдрома, а также поэтапной коррекции этих нарушений.

Таким образом, применение НМГ - клексана - у беременных с гипертонической болезнью является безопасным методом профилактики прогрессирования ДВС-синдрома, а также вносит существенный вклад в профилактику материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

КРИТЕРИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Курбанова М.Х., Артыкова Н.П., Расулова Г.Т.

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и педиатрии Министерства здравоохранения

Душанбе, Таджикистан

Целью настоящих исследований явилось определение степени риска неблагоприятных перинатальных исходов при гипертонической болезни (ГБ).

Обследовано 33 беременные пациентки, страдающие ГБ и госпитализированные в отделение патологии беременности и отделение реанимации и интенсивной терапии НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии. Почти половине пациенток 15 (45,5 %) диагноз ГБ установлен впервые при нынешней госпитализации, так как вне беременности они за медицинской помощью не обращались. Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу установлена до, либо во время беременности у 5 (15,2 %) пациенток, ГБ I степени диагностирована у 13 (39,4 %) беременных, I-II А степени у 9 (27,3 %), II Б степени – у 6 (18,4 %) пациенток.

При поступлении у части пациенток проводилась дифференциальная диагностика с преэклампсией. В 9 (27,3 %) случаях имело место развитие преэклампсии на фоне имеющейся ГБ. При этом в 4 (44,4 %) случаях из 9 исходной патологией, на фоне которой развилось данное осложнение гестационного процесса, была нейроциркуляторная дистония. Случай преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты был 1 (3%). Абдоминальное родоразрешение проведено в 1 (3 %) случае по сумме относительных показаний. В 3 (9,1 %) случаях роды завершены вакуум-экстракцией плода. В остальных случаях рода произошли самостоятельно, с учетом положительного эффекта проводимой к моменту родов терапии. Средняя оценка по шкале Апгар в целом по обследуемой группе составила на 1 минуте 6,7 баллов, на пятой минуте – 7,5. Заболеваемость среди детей, родившихся от матерей с гипертензивными осложнениями, составила 100 %. Среди них преобладали: поражения ЦНС. Самая большая длительность пребывания новорожденных в отделении детской реанимации (5,6 дней) была от матерей с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу и ГБ II Б степени.

Таким образом, гипертензия оказывает крайне негативное влияние на течение беременности и ее исход. Проблема осложняется еще и поздним выявлением данной патологии, отказом от прерывания беременности по показаниям. Целесообразен рациональный подбор терапии, наблюдение узкими специалистами и выбор тактики ведения (прерывания) беременности, методов родоразрешения.

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО НЕЙРАКСИАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Назаренко Л.Г., Фесенко В.С., Настенко О.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Городской клинический родильный дом № 6

Харьков, Украина

Нейраксиальная анестезия имеет ряд преимуществ как для гинекологии (особенно у пожилых женщин и при сопутствующих заболеваниях), так и для акушерства. Спинальная анестезия для кесарева сечения сегодня считается «золотым стандартом», а в первом периоде вагинальных родов в разных странах применяют эпидуральное, спинальное и комбинированное спинально-эпидуральное обезболивание. Появление на украинском рынке высококачественных сверхтонких спинальных игл привело в нашем родильном доме к стремительному росту доли спинальной анестезии при кесаревых сечениях – от 30 % в 2001 г. до 71 % в 2007, при этом, если пункция твердой мозговой оболочки не желательна, мы используем эпидуральную анестезию (1 – 3 % за четыре последних года). Наркоз при кесаревом сечении в 2004 – 2007 гг. применялся менее чем у трети женщин, при наличии наименьших противопоказаний к нейраксиальной анестезии. Поскольку гинекологические операции могут быть более длительными, доля спинальной анестезии при них начала расти позже (с приходом современного местного анестетика – бупивакаина), и в 2005–2007 гг. она использована более чем у половины пациенток. Применение в качестве адъювантов отечественных бупренорфина и клофелина позволяет удлинить не только интра-, но и постоперационное обезболивание. В отличие от хирургической анестезии, стереотип анальгезии в первом периоде родов нами еще не выработан. Если в 2001 г. 100 % обезболиваний были эпидуральными, то в 2005 – 2007 гг. большинство анальгезий были интратекальными, при которых сочетание бупивакаина, фентанила, клофелина и прозерина позволило удлинить обезболивание до трех часов с минимальным влиянием на гемодинамику. Сейчас нами испытываются различные схемы многокомпонентной эпидуральной анальгезии в первом периоде – дешевые, эффективные и безопасные.

ВЫБОР МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ

Неймарк М.И., Геронимус В.Ю.

*Алтайский государственный медицинский университет
Барнаул*

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности эпидуральной анальгезии самопроизвольных родов маркаином и наропином, оценить ее влияние на родовой акт, состояние плода и новорожденного.

Материалы и методы: Обследовано 200 рожениц со сроком беременности 36 - 42 недели. В зависимости от вида анальгезии все пациентки были разделены на две клинические группы: 1-ю группу составили 100 пациенток, у которых обезболивание родов проведено эпидуральным фракционным введением 0,2 % раствора бупивакаина гидрохлорида (маркаина) фирмы «Astra-Zeneca»; во 2-ю группу вошли 100 рожениц методом обезболивания, у которых явилось эпидуральное фракционное введение 0,2 % раствора ропивакаина гидрохлорида (наропина) фирмы «Astra-Zeneca». По основным признакам эти группы оказались репрезентативными.

В динамике изучалось состояние стресс-гормонов (адреналин, норадреналин, кортизол) в сыворотке крови рожениц. Исследование центральной гемодинамики проводилось с помощью неинвазивного мониторинга фирмы «Artema» и УЗ-аппарата «Алюка». Определялись следующие параметры: сердечный индекс (СИ), индекс общего периферического сопротивления (ИОПС), среднее артериальное давление (АД ср.), частота сердечных сокращений (ЧСС), ударный индекс (УИ). Оценка эффективности анальгезии проводили визуально-аналоговой шкалой интенсивности боли (В.А. Рощенко, 1998). Моторная блокада определялась по критериям Bromage. Состояние плода определялось по данным кардиотокометрии с помощью аппарата «ТОИТУ МТ-325». Оценка КТГ осуществляли в баллах по шкале М.Фisher в модификации Г.М. Савельевой (1986). Состояние новорожденного определялось по шкале Апгар. Исследование гормонального гомеостаза, функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводилось в динамике на пяти этапах родового акта: 1 - до обезболивания вне схватки, 2 - до обезболивания на высоте схватки, 3 - после обезболивания вне схватки, 4 - после обезболивания на высоте схватки, 5 - во втором периоде родов.

Пункцию эпидурального пространства проводили по общепринятой методике при помощи центрального доступа на уровнях L2-L3, L3-L4 в положении роженицы на левом боку. Первая доза анестетиков вводилась при открытии шейки матки на 3 - 5 см и установившейся родовой деятельности. Начальная доза в обеих группах составила 8-12 мл 0,2 % раствора. Последующие дозы вводились в зависимости от акушерской ситуации, степени открытия маточного зева и анальгетического эффекта.

Результаты исследования: Анализ параметров гормонального гомеостаза и состояния центральной гемодинамики рожениц подтвердил положительное влияние эпидуральной анальгезии, заключающееся в нормализации содержания стресс-гормонов, достоверном уменьшении среднего артериального давления и индекса общего периферического сопротивления сосудов.

При сравнительной оценке анальгетического эффекта обнаружено отсутствие достоверной разницы во времени начала действия местных анестетиков, времени развития полного анальгетического эффекта, времени повторного введения препаратов.

При сравнительном анализе выраженности моторного блока при эпидуральной анальгезии исследуемыми анестетиками было установлено, что 0 баллов по шкале Bromage получили достоверно большее количество рожениц ($p < 0,05$) при использовании наропина. Оценка продолжительности родов показала укорочение потужного периода ($p < 0,05$) при использовании наропина. Кроме того, частота возникновения слабости потуг и применения окситоцина в конце родового акта также была достоверно ниже у рожениц второй группы. Вышеперечисленные факты сказались на оценке новорожденных. По шкале Апгар на первой минуте жизни наилучшие результаты оказались при эпидуральной анальгезии наропином, она составила $7,4 \pm 0,09$, что больше первой группы в среднем на 0,5 балла ($p < 0,05$). На пятой минуте жизни оценка по шкале Апгар не различалась в обеих группах.

Выводы: Эпидуральная анальгезия родов наропином улучшает их исходы и состояние новорожденных за счет сокращения продолжительности потужного периода, уменьшения частоты развития слабости потуг и применения окситоцина в потужной период по сравнению с эпидуральной анальгезией маркаином. Эпидуральная анальгезия наропином, обладающим в отличие от маркаина незначительным миоплегическим эффектом, может проводиться во втором периоде родов и обеспечивать адекватное обезболивание на протяжении всего родового акта, что позволяет ее считать методом выбора при обезболивании самопроизвольных родов.

ПУРИНЫ КРОВИ И ЛИКВОРА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Орешников Е.В., Мадянов И.В., Орешникова С.Ф.

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
Институт усовершенствования врачей МЗСР Чувашской
Республики
Чебоксары*

В 1989 г. Всемирной Организацией Здравоохранения была принята классификация гипертензивных и протеинурических нарушений, развивающихся при беременности, в которой был использован термин «преэклампсия». Наряду с классической триадой – отеками, протеинурией, гипертензией, более четверти века многими клиницистами в качестве

индикатора преэклампсии используется повышенное содержание мочевой кислоты в сыворотке крови – гиперурикемия (ГУ). Рядом исследователей получены достоверные данные о том, что ГУ ассоциирована с увеличенным риском преждевременных родов, задержкой внутриутробного развития; установлено, что беременные с гипертонией, протеинурией и ГУ имеют больший риск, чем имеющие гипертонию в сочетании с протеинурией; ГУ, эффективна столь же, как и протеинурия, при идентификации беременности повышенного риска. Нами обследовано 80 беременных, у которых, кроме общепринятого клинико-лабораторного обследования, в водном экстракте термокоагулянта сыворотки венозной крови и ликвора (перед началом выполнения спинальной анестезии по поводу кесарева сечения) определяли пуриновые метаболиты и малоновый диальдегид. Установлено, что такая патология беременности, как нефропатия, преэклампсия, гепатоз беременных, HELLP-синдром, характеризуется увеличенным содержанием в ликворе аденина, гуанина, гипоксантина и мочевой кислоты, повышенной концентрацией в крови малонового диальдегида (с превышением их средних концентраций выше верхней границы нормы), сопровождается повышенной проницаемостью гематоэнцефалического барьера для аденина, гуанина и гипоксантина. С указанной патологией тесно ассоциированы избыточная масса тела, повышенная концентрация гуанина и пониженная – гипоксантина в ликворе, а также и пониженная и повышенная концентрация мочевой кислоты в крови. Ликвор у беременных может рассматриваться не только как среда введения препаратов для спинальной анестезии, но и – источник ценной диагностической и прогностической информации. Уровень мочевой кислоты и других пуринов у беременных желательно исследовать не только в сыворотке крови, но и – по возможности – в ликворе.

СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СОЧЕТАНИИ С LMAPROSEAL ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Петров С.В., Пырегов А.В.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва

Спинальная анестезия (СА), блокируя ноцицептивные афферентные и эфферентные пути, подавляет эндокринные и метаболические изменения, происходящие в связи с хирургической травмой. Использование СА повышает комплайнс брюшной стенки, тем самым, предотвращая ишемию органов брюшной полости возможную из-за повышенного внутрибрюшного давления. Защищая органы брюшной полости от ишемии, СА уменьшает нарушение окислительного фосфорилирования и активный выброс

цитокинов, приводящий к повреждению мембран лизосом и выходу аутолитических энзимов. Единственным устройством, обеспечивающим надежную проходимость дыхательных путей в условиях лапароскопического доступа, является ларингеальная маска ProSeal (LMAProSeal). Благодаря наличию у LMAProSeal двухполостной манжеты маска обеспечивает герметизм при давлении до 30см вод.ст.

Цель исследования. Оптимизация анестезиологического обеспечения лапароскопических гинекологических операций путем применения спинальной анестезии и LMAProSeal.

Нами было обследовано 23 женщины репродуктивного возраста, перенесшие лапароскопические гинекологические операции. Было проведено клиническое исследование посленаркозного пробуждения по шкале Aldrete. Сумму 9 - 10 баллов пациентки после СА в сочетании с использованием LMAProSeal набирали уже через 15 - 30 минут после окончания операции. После ОА такую же сумму баллов по шкале Aldrete пациентки набирали только к исходу 90-120 минут. Во время пребывания в послеоперационной палате в группе пациенток со СА отмечалась лучшая удовлетворенность перенесенной анестезией за счёт меньшей частоты послеоперационных побочных эффектов (таб. 1) и адекватного послеоперационного обезболивания.

Таблица 1
Частота возникновения послеоперационных побочных эффектов в зависимости от вида анестезии

Послеоперационные побочные эффекты	Общая анестезия, %	Спинальная анестезия, %
Тошнота	35	5
Рвота	25	3
Озноб	68	3
Умеренный и выраженный болевой синдром	25	0
Воспоминание о ходе вмешательства (присутствие на операции)	10	--
Головокружение	15	10
Ухудшение настроения	10	5
Улучшение настроения	5	50

Таким образом, применение спинальной анестезии в сочетании с LMAProSeal при лапароскопических гинекологических операциях у женщин репродуктивного возраста обладает следующими преимуществами: высокая эффективность; достаточная безопасность; лучшая удовлетворённость; меньшая вероятность осложнений; снижает фармакологическую нагрузку; уменьшает влияние на жизненно-важные органы, тем самым облегчает послеоперационный период и уменьшает время пребывания в стационаре.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**Пырегов А.В., Гурьянов В.А.****ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»***ММА им.И.М. Сеченова**Москва*

Мерами и препаратами, предупреждающими активацию ССВР при преэклампсии, по нашим исследованиям и данным литературы являются: регионарная анальгезия/анестезия; препараты, предупреждающие избыточную активацию симпатoadренальной системы (β-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, центральные альфа-адренопозитивные препараты); ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал, антиплазминовый препарат транексамовая кислота).

Цель работы: оптимизация анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения беременных с преэклампсией путём последовательного, дифференцированного (по степени тяжести преэклампсии) присоединения стресс-протекторных подкомпонентов анестезии.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 115 беременных с преэклампсией тяжелой и средней степени тяжести, родоразрешенных в сроки после 28 недель гестации путём операции кесарева сечения. По степени тяжести по шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой беременные были разделены на 2 группы: I - средней степени (68), II - тяжелой степени (47). По виду анестезии группы поделены на 2 подгруппы, которые в свою очередь поделены по факту применения адьювантов (транексамовая кислота – ТК, упреждающая эпидуральная анальгезия - УЭДА).

Обследование центральной и периферической гемодинамики проводили методом тетраполярной реовазографии. Баланс автономной нервной системы исследовали методом спектрального анализа variability ритма сердца в соответствии с «Международным стандартом», предложенным Североамериканским обществом электрофизиологов и Европейским обществом кардиологов (1996). Концентрацию кортизола определяли с помощью наборов фирмы IMMULITE (США). Определение концентрации цитокинов (интерлейкинов И-1, TNF, И-10) проводили методом иммуноферментного анализа наборами фирмы ICN (США), регистрация результатов осуществлялась на фотометре Model 150 "Bio Rad" (США). Обследование проводили за 1-2 недели до родоразрешения, перед операцией, после извлечения плода, на 1, 3 сутки после операции.

Применение антиплазминового препарата транексамовой кислоты позволило снизить уровни цитокинов по сравнению с группами контроля, в результате чего отмечено стабильное течение операции и раннего послеоперационного периода. Таким образом, при средней степени тяжести гестоза обосновано применение ТК на фоне РА с клонидином или ОА по типу гемодинамики.

Применение УЭБ позволило пролонгировать беременность в 22,2 % наблюдений на 10 - 12

дней, в 25,9 % – на 5 - 7 дней; и подготовить беременных к более «комфортному» родоразрешению, что подтверждается стабильными показателями гемодинамики, состояния АНС и концентрации стресс-гормонов. Таким образом, методика УЭБ с переходом по необходимости в анестезию, либо с добавлением других компонентов анестезиологического пособия при оперативном родоразрешении, является эффективной и безопасной у беременных с тяжелой преэклампсией.

Предложенное нами дифференцированное (по степени тяжести преэклампсии) анестезиологическое обеспечение абдоминального родоразрешения позволило снизить стрессовое воздействие операции и анестезии на беременную, плод и новорожденного, что подтверждается стабильными показателями гемодинамики, АНС, нормализацией или снижением уровня стресс-гормонов и интерлейкинов, уменьшением максимальной убыли массы тела от веса при рождении как у доношенных, так и у недоношенных новорожденных, снижением заболеваемости новорожденных за счет заболеваний, развитие которых может быть связано с методом анестезии, таких как неонатальная гипогликемия, частичный ателектаз легких, синдром задержки реорборции фетальной жидкости, отечный синдром и асфиксия при рождении.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ТРАНСФУЗИОЛОГИИ****Рагимов А.А., Соловьева И.Н.***Кафедра клинической трансфузиологии ФППО ММА
им. И.М.Сеченова**ГУ РНЦХ им. академика Б.В.Петровского РАМН
Москва*

Современная трансфузиология представляется как гармоничное соединение службы крови, трансфузионной иммунологии, производственной и клинической трансфузиологии. Высокий уровень первых трех дисциплин обеспечивает существование и прогресс клинической трансфузиологии. Задачами последней являются реализация в клинической практике средств и методов трансфузиологической гемокоррекции (ТГК), их совершенствование и развитие. Совокупность методов ТГК включает трансфузионно-инфузионную (использование компонентов донорской и аутологичной крови, искусственных кровезаменителей и препаратов для парентерального питания) и экстра (интра) корпоральную ГК – эфферентную и неэфферентную. Основные тенденции современной экстракорпоральной медицины состоят в более широком внедрении в клинику селективных методов афереза, направленных на удаление конкретных патогенов, разнообразных ЭК методов детоксикации (диффузионных, сорбционных, гравитационных и т.д.), сочетанных и комбинированных методик.

Проблемы настоящей и будущей клинической трансфузиологии неразрывны с общеклиническими, и во многом связаны с необходимостью

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 26 общих анестезий при оперативном родоразрешении на фоне мониторинга BIS индекса (основная группа). Контрольная группа сравнения 20 общих анестезий без мониторинга BIS индекса (до поступления монитора). Анестезия в обеих группах проводилась однотипно. Премедикация: накануне вечером нитразепам 5 мг, ранитидин 0,1 г, утром ранитидин 0,1 г у плановых больных. У экстренных больных премедикация не проводилась. Средняя продолжительность операции составила $49,68 \pm 14,35$ мин в основной группе и $51 \pm 12,38$ мин в контрольной. Вводная анестезия пофолом или тиопенталом натрия, либо ингаляционно севораном. Миоплегия на пренатальном периоде: листенон до 4 мг\кг, постнатальном периоде: ардуан до 0,04 мг\кг. Базис-наркоз: пренатальный период – севоран до 1,5 об % и закись азота до 50% (монитор газов Vamos Draeger), в постнатальном периоде добавлялся мидозалам в дозировке до 0,14 мг\кг, фентанил в дозе до 0,05 мг\кг. У всех пациентов проводился мониторинг артериального давления, пульса, температуры, сатурации кислорода, оксиметрии, капнометрии, концентрации ингаляционных анестетиков. Оценка детей проводилась по шкале Апгар. В основной группе проводился мониторинг BIS индекса глубины анестезии.

Результаты: При проведении вводной анестезии в начале применения мониторинга BIS индекса, при введении расчетных дозировок (по весу) он снижался до $23 \pm 8,96$ %, в то время как рекомендуемые значения находятся в пределах 40 – 60 %. В дальнейшем дозировки титровались в зависимости от BIS индекса. Отмечено уменьшение дозировок препаратов для вводного наркоза: пофол до 26,4 % и тиопентал натрия до 37,5%, уменьшилось время индукции севораном на 3 – 5 дыхательных циклов. При проведении базис анестезии отмечено снижение необходимой концентрации ингаляционных анестетиков, в частности севорана, до 0,7-0,8 об % и снижения дозировок тиопентала натрия и пофолом по сравнению с контрольной группой при стабильных вегетативных и гемодинамических показателях. При извлечении плода, BIS индекс был на цифрах $54,42 \pm 12,12$ %. Оценка новорожденных по шкале Апгар в основной и контрольной группах на 5 минуте: $8,2 \pm 0,86$ и $8,1 \pm 0,92$ баллов соответственно. На постнатальном этапе, наркотические препараты и миорелаксанты вводились в обеих группах практически в одинаковых дозировках. Существенного влияния на BIS индекс не выявлено. Не отмечено реакции со стороны гемодинамики (гипотонии) в основной группе при углублении анестезии по сравнению с расчетными дозировками, если BIS индекс оставался в пределах 40-60 %. При наложении кожных швов индекс составлял $64,63 \pm 8,77$ %, при переводе в отделение – $84,26 \pm 6,37$ %. Пробуждение пациентов в контрольной группе на 7 - 10 мин позднее (основная группа – $9,05 \pm 6,60$ мин, контрольная группа – $16,03 \pm 4,52$ мин). В отделении проводится анкетирование пациентов с целью определения адекватности анестезии. Ни в одном случае, пациенты не отмечали «присутствия» на операции.

Заключение: При применении мониторинга BIS индекса удается уменьшить медикаментозную нагрузку на «мать – плод». Соответственно, риск рождения ребенка в медикаментозной депрессии уменьшается, при адекватном качестве анестезии. Уменьшается расход дорогостоящих препаратов для анестезии. К сожалению, нельзя использовать BIS мониторинг при проведении анестезии кетамин, что значительно ограничивает его использование. Не можем так же рекомендовать уменьшение дозировок препаратов для анестезии без BIS мониторинга, так как всегда остается риск не адекватности анестезии.

СБАЛАНСИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Семенов А.А., Кадыров Н.У., Халикова Г.Р., Баратова Л.З.

*НИИ акушерства и гинекологии
Ташкент*

У 32 беременных в возрасте от 19 до 27 лет с недостаточностью кровообращения (НК) II-III ст. при сроках гестации 27-32 недели для анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения использовали эпидуральную анестезию (ЭА). Показанием к операции служило прогрессирование НК и рекомендации кардиолога (кардиохирурга) к прерыванию беременности. Пункцию-катетеризацию эпидурального пространства проводили на уровне L1 – T12, эпидурально фракционно вводили 0,33 % раствор бупивакаина (1,25 мл на спинальный сегмент), в сочетании с 1,4 мкг/кг фентанила. После извлечения плода сознание угнетали внутривенно фракционным введением себазона (0,7 - 0,15 мг/кг.). Анестезии предшествовала премедикация сердечными гликозидами, кортикостероидами. Послеоперационную аналгезию обеспечивали эпидуральным введением морфина 0,07 мг/кг.

На этапах операции и анестезии осуществляли стандартный мониторинг за основными системами жизнеобеспечения (ЭКГ, АД, ЧСС, ЧД, HbO₂). Дополнительно изучали центральную гемодинамику (эхокардиография), ЦВД, концентрацию в плазме крови катехоламинов (флюорометрический метод).

Установлено, что абдоминальное родоразрешение выполненное под ЭА сниженными концентрациями бупивакаина в сочетании с минимальными дозами фентанила обеспечивает адекватную антиноцицептивную защиту организма от хирургической агрессии и не оказывает выраженного отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения беременных с НК.

Метод обеспечивает быстрый выход из наркоза и гладкое течение ближайшего послеоперационного периода.

БЕЗОПАСНОСТЬ И РИСК В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Комарец С.А.

ООО «Росгосстрах-Медицина»
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Москва

Безопасность медицинского вмешательства (медицинской помощи, медицинской услуги) – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, выполняемого по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием с учетом противопоказаний к вмешательству или с диагностической целью.

Риск медицинского вмешательства – вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство; оценивается экспертом: а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства; б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели вмешательства.

Обоснованный риск медицинского вмешательства – характеризуется наличием общественно полезной цели вмешательства, которая не может быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) при обязательных условиях: – принятие достаточных мер для предотвращения вреда здоровью и жизни пациента; – наступление вредных последствий возможно, но не неизбежно; – пациент информирован о вмешательстве.

Риск ятрогенных осложнений считается обоснованным при выполнении следующих условий: 1. Рискованное действие осуществляют для достижения общественно полезной цели, т. е. сохранения жизни и здоровья пациента. 2. Применение данного метода диагностики или лечения показано. 3. Цель не может быть достигнута без риска. 4. Риск развития ятрогенного осложнения меньше, чем риск неблагоприятного исхода без применения данного метода. 5. Наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно. 6. Используются без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения. 7. Врач предвидит возможные осложнения применяемого метода и предпринимает меры для их предотвращения, своевременного выявления и лечения. 8. Пациент должен быть согласен на применение рискованных медицинских действий.

Приказом МЗ и СР РФ от 18.12.06 г. № 857 утверждена Классификация видов экономической деятельности по классам профессионального риска, к которым относят: – деятельность больничных учреждений широкого профиля и специализированных; – врачебную практику; – деятельность медицинских лабораторий.

РЕКОМБИНАНТНЫЙ ФАКТОР КООГУЛЯЦИИ VIIA (НОВОСЭВЕН) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦЫ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

Федорова Т.А., Чернуха Е.А., Рогачевский О.В.,
Пучко Т.К., Фотеева Т.С.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва

Согласно последним публикациям, одним из современных гемостатических препаратов, который стал успешно использоваться в лечении массивных кровотечений различной этиологии, является рекомбинантный фактор коагуляции VIIa НовоСэвен (Новонордиск, Дания). В литературе появились ряд сообщения об использовании НовоСэвена при массивных акушерских кровотечениях, что позволяет реализовать органосохраняющую тактику. Цель исследования: оценка эффективности использования препарата Новосэвен в комплексной терапии массивного послеродового кровотечения у родильницы с идиопатической тромбоцитопенией (ИТП). У больной с ИТП в послеродовом периоде развилось массивное кровотечение.

У больной данная беременность четвертая, роды – третьи. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура впервые диагностирована в 1994 году. Женщина принимала глюкокортикоиды – без эффекта. В 1998 г. произведена спленэктомия, после которой наступила стойкая ремиссия (количество тромбоцитов было не менее $80 \times 10^9/\text{л}$). Течение данной беременности: 1 триместр – без осложнений; 2 триместр – осложнился обострением герпетической инфекции, после чего количество тромбоцитов снизилось до $6 \times 10^9/\text{л}$. Был проведен курс иммуноглобулинотерапии внутривенно капельно. Данные анализов перед родами: анализ крови – эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 120 г/л, гематокрит – 0,37 л/л, тромбоциты – $29 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $9,4 \times 10^9/\text{л}$; гемостазиограмма: умеренная гиперкоагуляция. В 1-м периоде родов введено 990 мл свежзамороженной плазмы, 120 мг преднизолона, дицинон, амбен, трансамин. Родился живой доношенный мальчик массой 3200 гр., длиной 51 см, оценка по шкале Апгар 7 – 8 баллов. Кровопотеря в родах – 350 мл. Ранний послеродовый период осложнился кровотечением. Несмотря на проведение ИТТ, акушерских манипуляций, кровотечение продолжалось и кровопотеря составила 1500 мл. На данном этапе внутривенно болюсно введен препарат Новосэвен 90мкг/кг. В течение 30 мин. кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря составила 2200 мл. В послеродовом периоде продолжалась инфузионно-трансфузионная терапия, направлен-

ная на коррекцию состояния системы гемостаза, гипопротейнемии, анемии. Данные на 5-е сутки после родов: гемостазиограмма – изокоагуляция; гемоглобин 88 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $224 \times 10^9/л$.

Таким образом, данное наблюдение свидетельствует о высокой гемостатической эффективности препарата НовоСэвен в комплексной инфузионно-трансфузионной терапии массивного послеродового кровотечения и свидетельствует о целесообразности его применения при массивных кровотечениях в акушерстве у родильниц с патологией гемостаза. Дальнейшая разработка и внедрение современных гемостатических препаратов в комплексную терапию массивных кровотечений в акушерской практике позволит отказаться от экстирпации матки, сохранить репродуктивную функцию женщины, минимизировать объемы донорских компонентов крови, снизить частоту тяжелых послеоперационных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННО – ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ

Фомин М.Д.

*ГУ Гематологический Научный Центр РАМН
Москва*

Многофакторность причин, быстрый темп и высокий объем кровопотери ставят перед специалистами множество трудноразрешимых задач. Одним из основных осложнений, определяющих тяжесть состояния данной группы больных, является быстрое развитие гемокоагуляционных нарушений. Здесь в первую очередь имеется ввиду гипокоагуляционная фаза острого ДВС-синдрома, формирующаяся в гораздо более короткие сроки, чем при большинстве видов хирургической патологии. Глубокие изменения гемокоагуляционного потенциала характерны для процесса гестации и родового акта. Можно сказать, что во время беременности функционирует многокомпонентная, сбалансированная система гемостаза, где состояние гиперкоагуляции нейтрализуется многочисленными плацентарными факторами на огромной площади ворсинчатого дерева. В период физиологических родов адаптивные реакции организма женщины подвергаются серьезному испытанию, проходящему на предельных рубежах гомеостаза. Это утверждение в полной мере относится к состоянию гемокоагуляционного потенциала роженицы. Удаление в III периоде родов такого мощного антикоагуляционного фактора, как плацента, приводит к мгновенной реализации тромботической активности, закупорке тромбами устьев маточно-плацентарных артерий и остановке кровотечения. Данный процесс сочетается с сокращением миометрия, что значительно уменьшает площадь плацентарной площадки и также способствует прекращению кровопотери. При присоедине-

нии какой – либо патологии механизм остановки кровотечения в III - IV периодах родов не реализуется полностью, что приводит к возникновению послеродового кровотечения. Наиболее часто нарушения сократительной способности матки возникают при гестозе. Это связано с полиорганным повреждением, характерным для этого осложнения беременности. Наличие при гестозе дисбаланса в системе гемостаза, а часто и хронического ДВС-синдрома, приводят к стремительному срыву в этой системе, и вместо компенсаторной гиперкоагуляции в ответ на кровотечение зачастую развивается гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома, поскольку гиперкоагуляционная фаза коагулопатии потребления имели место во время беременности. Кроме того, утяжеление течения гестоза может привести в первую очередь к срыву свертывающей – противосвертывающей систем, а акушерское кровотечение возникает уже как следствие этого.

ВЫРАЖЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Шифман Е.М., Тихова Г.П.

*МУЗ «Городской родильный дом им. Гуткина К.А.»
Петрозаводск*

Цель исследования заключалась в проверке статистическими методами предположения о том, что выраженное ожирение у беременных увеличивает риск возникновения преэклампсии.

Материалы и методы. В ходе мультицентрового ретроспективного обсервационного исследования было собрано 2269 историй родов, в каждой из которых было отмечено наличие или отсутствие выраженного ожирения, а также осложнилась ли беременность преэклампсией любой формы. Все истории родов были стратифицированы по признаку наличия или отсутствия выраженного ожирения. Были рассчитаны частоты преэклампсии в обеих группах, отношение шансов, относительный риск и другие производные параметры, позволяющие статистически подтвердить или опровергнуть гипотезу.

Результаты. Частота в группе риска составила 50 % (95 % ДИ [43,3; 57,1]), частота в группе сравнения – 18,5 % (95 % ДИ [16,7; 20,3]), различие частот статистически значимо ($p < 0,001$). Шансы в группе риска составили 1,01, тогда как в группе сравнения – лишь 0,23. Отношение шансов (ОШ) равно 4,4, а относительный риск (ОР) равен 2,7 (95 % ДИ [2,3; 3,2]). Относительное увеличение риска в группе с выраженным ожирением составило 171,3 %, а абсолютное увеличение (атрибутивный риск, АР) равнялся 31,7 % (95 % ДИ [29,0; 34,4]). Значение NNT было равно 3,15 (95 % ДИ [2,9; 3,5]).

Обсуждение. Статистически значимое различие долей преэклампсии в группе риска и группе сравнения доказывает, что выраженное ожирение влияет на частоту преэклампсии в популяции ($p < 0,001$).

Расчетная величина относительного риска указывает на то, что наличие выраженного ожирения увеличивает частоту преэклампсии более чем в 2 раза по сравнению с группой, где ожирение не отмечалось. Для пациентки, страдающей выраженным ожирением, риск развития преэклампсии возрастает в среднем на 31,7 %. Шансы в группе риска в отношении развития преэклампсии составляют примерно 1:1, тогда как в группе сравнения - приблизительно 4:1. Величина NNT указывает на то, что из трех беременных женщин, страдающих ожирением, по крайней мере, у одной очень высока вероятность развития преэклампсии.

Закключение. Выраженное ожирение у беременных женщин является статистически и клинически значимым фактором риска в отношении вероятности развития преэклампсии.

ЛЮМИНЕСЦЕНТНО-ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА

Шорников А.И.

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
Чебоксары*

Работа основана на результатах обследования и клинического наблюдения 46 беременных с гестозом. При этом 18 с легким, 20 среднетяжелым, 8 с тяжелым течением гестоза. Контрольную группу составили 32 соматически здоровые женщины с нормальным течением беременности при сроках соответственно основной. Объектом исследования служила периферическая кровь. Определение гистамина (Г) про-

водилось флуоресцентным методом S.W.D.Cross. Для выявления эндогенного гепарина (ЭГ) применялось флуорохромирование мазков раствором берберинсульфата по L. Enerback. Функциональную активность лейкоцитов (α) определяли по состоянию нуклеиновых кислот, путём флуорохромирования мазков крови акридиновым оранжевым по В.Н.Карнаухову, с определением параметра α , как соотношение интенсивности свечения одно- и двуспиральных нуклеиновых кислот ($\alpha = I_{640} / I_{530}$ нм).

Исследование показало, что при осложненном течении беременности уровень Г в плазме и форменных элементах крови растет соответственно степени тяжести гестоза, а концентрация ЭГ и α лейкоцитов снижается. При этом наиболее выраженное снижение функциональной активности отмечается в лимфоцитах $0,047 \pm 0,007$ против $0,343 \pm 0,019$ в контрольной группе. Преэклампсия и эклампсия ведут к дальнейшему угнетению синтетической активности лейкоцитов. Одновременно отмечается повышение сродства ЭГ к мембранам клеточных структур крови. При гестозе тяжелой степени для эритроцитов этот показатель повышается в 1,5 раза, для полиморфноядерных лейкоцитов - в 2 раза, для лимфоцитов в 2,3 раза.

Вероятно, ЭГ и гепариноподобные гликозамингликаны фиксирующиеся на клеточной мембране играют роль факторов защиты поврежденных клеток, способствуя снижению их агрегационных свойств. При этом возникает дисбаланс, и ЭГ и Г между плазмой и клеточными элементами крови, угнетающий функциональные возможности ядерных клеток крови, усугубляющийся по мере нарастания тяжести гестоза.

Таким образом, выявленные данные свидетельствуют об их высокой информативности и прогностической значимости в оценке степени тяжести гестоза и могут явиться основой для разработки методов дифференциальной коррекции эндотелиальной дисфункции возникающей при этом.

2. АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В НЕОНАТОЛОГИИ

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОПРО- ТЕКТНОГО ПРЕПАРАТА В ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ – ИШЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НО- ВОРОЖДЕННЫХ

Антонов А.Г., Рогаткин С.О., Буркова А.С., Им В.Л.
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перина-
тологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Кафедра неонатологии Российского Государственного
Медицинского Университета
Москва

В современной неонатологии остается актуальной проблема защиты головного мозга от гипоксии – ишемии у недоношенных новорожденных, которая является основной причиной формирования неврологической инвалидности с раннего детства у этого контингента детей. В качестве наиболее перспективных нейропротекторов изучаются лекарственные препараты, активизирующие анаэробную продукцию макроэргов в условиях дефицита кислорода и обладающие антиоксидантной активностью. К ним относится отечественный препарат «Цитофлавин» (раствор для внутривенного введения) – метаболический нейропротектор.

Цель исследования: определить эффективность лечения церебральной ишемии II-III степени у недоношенных новорожденных препаратом «Цитофлавин».

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и выхаживания маловесных НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий наблюдалось 26 недоношенных (из них 38,4 % с очень низкой массой тела при рождении) с церебральной ишемией II-III степени. Все пациенты нуждались в проведении респираторной терапии (ИВЛ, неинвазивная ИВЛ, nCPAP). Средняя масса тела при рождении была $1599,2 \pm 510,6$. Дети были рандомизированы на группы методом «конвертов»: I группа - 16 пациентов, получавших внутривенно «Цитофлавин» в течение первых 5 дней жизни наряду с базисной терапией, во II группе 10 новорожденным проводилась базисная терапия. В I группе оценка по шкале Апгар составила $3,85 \pm 2,1$ и $6,1 \pm 1,2$; во II группе соответственно $4,3 \pm 1,8$ и $6,7 \pm 1,6$. Всем новорожденным проводилась оценка неврологического статуса, состояния центральной и мозговой гемодинамики, нейросонография (НСГ). В 1, 3 и 6 месяцев скорректированного возраста проводились НСГ, осмотр окулиста, ЭЭГ и оценка психомоторного развития с использованием адаптированных шкал.

Результаты исследования: комплексная оценка психомоторного развития детей первой группы к шести месяцам скорректированного возраста показала задержку темпов двигательного развития у 2

детей (12,5 %). Среди детей второй группы, не получавших терапию «Цитофлавином», неврологические изменения наблюдались у 40 % пациентов (у 3-х детей к полугоду имелась задержка психомоторного развития и одного ребенка – тяжелая форма детского церебрального паралича (двойная гемиплегия, симптоматическая эпилепсия).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о церебропротекторных свойствах «Цитофлавина» у преждевременно рожденных детей, предупреждая тяжелые постишемические повреждения центральной нервной системы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Антонов А.Г., Ленюшкина А.А.
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перина-
тологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва

Внедрение высоких технологий интенсивной терапии недоношенных и совершенствование системы организации перинатальной помощи в последнее десятилетие позволили значительно расширить горизонты успешного выхаживания крайне незрелых новорожденных и отодвинуть понятие «порога жизнеспособности» до срока беременности 25 недель и даже менее.

В ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» с 2006 года ведется разработка и внедрение комплекса современных методов выхаживания, позволяющих снизить смертность и улучшить перинатальные и отдаленные исходы новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении.

Оптимизированы принципы охранительного режима (ограничение воздействия световых, звуковых раздражителей, защита целостности кожных покровов глубоко недоношенного ребенка, оптимальные параметры температуры и влажности окружающей среды), внедрены принципы развивающего ухода (метод «кенгуру», расширение участия семьи, выхаживание в «гнездах»). Применены современные принципы респираторной терапии (ранний назальный CPAP в родильном зале, дифференцированный подход к проведению сурфактантной терапии), а также система вскармливания нативным материнским молоком с первых дней жизни, разработан дифференцированный подход к назначению субстратов энтерального вскармливания: нативного грудного молока, фортификатора грудного молока, смеси на основе гидролиза сывороточных белков и смеси

для недоношенных в зависимости от гестационного, постнатального возраста и переносимости.

Согласно предварительным результатам, применение новых подходов позволило уменьшить длительность и степень инвазивности респираторной поддержки новорожденных, повысить эффективность нутритивной поддержки, уменьшить частоту инвазивных манипуляций и травматизации кожного покрова, снизить частоту реализации органических ишемически-геморрагических поражений головного мозга.

За последние 5 лет выживаемость детей с ОНМТ возросла до 92,7 %, а новорожденных с ЭНМТ - до 72 %. Отмечается стойкая тенденция к уменьшению тяжести течения ишемически-геморрагических поражений головного мозга: при сохраняющейся в популяции новорожденных ЭНМТ высокой общей частоте ВЖК ($40 \pm 2,4$ % за 2005 - 2007 гг) количество тяжелых форм (ВЖК III) снизилось с 26 до 19 %, тогда как количество ВЖК I-II степени в динамике увеличилось с 12,9 % до 21 %. Более 50 % новорожденных с ЭНМТ в возрасте 12 мес жизни не имеют существенных отклонений в физическом и невропсихическом развитии.

ТАКТИКА ФОРСИРОВАННОЙ ДОТАЦИИ НУТРИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Байбарина Е.Н., Антонов А.Г., Ленюшкина А.А., Грошева Е.В.

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

В отделении реанимации новорожденных ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» с января 2008 года проводится работа по оптимизации нутритивной поддержки детям с ОНМТ и ЭНМТ.

Целью данного исследования является сравнение выбранных тактик дотации нутриентов, а именно форсированной дотации энергетических и пластических материалов, заключающейся в раннем назначении парентеральных аминокислот (с 1 суток жизни) и наращивании объемов и доз питательных субстратов до физиологических в течение 5-7 дней с «традиционной» тактикой, где введение основных нутриентов достигает физиологических потребностей глубоконедоношенных детей к 8 - 15 суткам жизни и отмечается позднее введение парентеральных аминокислот.

На основании результатов работы планируется разработка протокола проведения парентерального питания у детей с ЭНМТ и ОНМТ.

За истекший срок методом рандомизации и

стратификации по гестационному возрасту набрана группа из 18 новорожденных. Новорожденные основной группы ($n = 6$) получали дотацию белка в дозе ≥ 3 г/кг/сутки к 5-му дню жизни, новорожденные контрольной группы ($n = 12$) - в соответствии с традиционной тактикой. В контрольной группе гестационный возраст детей составил от 28 до 32 недель, масса тела при рождении - от 970 до 1460 г.

По результатам нашего исследования к 36 неделе постконцептуального возраста выявлена достоверная разница по массе тела и окружности головы в пользу детей, получивших физиологическую потребность пластических и энергетических субстратов путем форсированной тактики дотации нутриентов.

СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Бенис Н.А., Самсонова Т.В.

*ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»
Иваново*

Современные научные достижения в области перинатальных технологий позволили повысить уровень выживаемости новорожденных, находящихся в критическом состоянии. В связи с этим поиск ранних диагностических и прогностических критериев поражения нервной системы у новорожденных является актуальной проблемой. Целью работы явилось определение состояния биоэлектрической активности головного мозга новорожденных, находящихся на лечении в детском реанимационном отделении.

Материалы и методы: проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование 34 новорожденных детей (14 доношенных и 20 глубоконедоношенных), получавших лечение в отделении детской реанимации и интенсивной терапии. Всем детям проводилось клиническое неврологическое обследование, эхографическое и электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) в режиме мониторинга дневного сна.

Результаты и обсуждение. У всех обследуемых детей в неврологическом статусе был выявлен синдром угнетения. Проводимая всем детям медикаментозная седация затрудняла клиническую диагностику выраженности и длительности этого синдрома. При эхографическом исследовании в первые дни жизни у всех детей были выявлены смешанные ишемически-геморрагические поражения ЦНС. При ЭЭГ обследовании установлено, что у доношенных новорожденных с церебральной ишемией III степени (57%) имелись выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде нарушения и задержки ее созревания. У доно-

шенных новорожденных с церебральной ишемией II степени (43%) отмечалась только задержка формирования биоэлектрической активности головного мозга. При оценке данных ЭЭГ обследования глубоконедоношенных новорожденных в первую неделю жизни отмечалась задержка формирования биоэлектрической активности головного мозга различной степени выраженности. Связи между ЭЭГ-характеристиками и выраженностью ишемического поражения головного мозга у этих детей не обнаружено, что объясняется тем, что структурные патологические изменения ишемического характера и степень этих изменений у глубоконедоношенных новорожденных крайне трудно дифференцировать с выраженной незрелостью головного мозга.

РАННИЙ НАЗАЛЬНЫЙ СРАР У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Борисевич О.А., Ионов О.В., Антонов А.Г., Байбарина Е.Н.

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

С целью определения эффективности СРАР терапии нами проведен сравнительный анализ у 85 детей, родившихся на сроке гестации 27 - 33 недели, имевших дыхательные нарушения с рождения и наблюдавшихся в ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» в период с 2004 по 2007 гг. В первую группу вошло 37 пациентов с указанным гестационным возрастом, родившихся в период 2004 - 2005 гг, с оценкой по шкале Апгар более 3 баллов на 1 минуте и получивших традиционную стартовую респираторную терапию - ИВЛ. Вторую группу составило 48 новорожденных с аналогичным гестационным возрастом, родившихся в период 2006 - 2007 гг и в качестве стартовой респираторной терапии у них использован новый метод - ранний назальный СРАР с переменным потоком. Пациенты были сравнимы по гестационному возрасту, массе тела при рождении, оценке по шкале Апгар. В результате сравнительного анализа продемонстрировано сокращение длительности респираторной терапии у детей в группе СРАР терапии (6,2 против 4,6 дней, $p < 0,05$), снижение частоты тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний 2 - 3 степени (21 % против 2,8 %, $p < 0,05$), сроков пребывания пациентов в отделении реанимации (11 против 7 дней, $p < 0,05$) (медиана). Кроме того, стоимость лечения сокращается на 35 тыс. рублей на пациента при использовании нового метода респираторной терапии. Таким образом, метод раннего назального СРАР является безопасным и эффективным у маловесных пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Буров А.А., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Хаматханова Е.М., Титков К.В., Теплякова О.В., Мацкевич Е.Г., Чусов К.П.

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Проблема лечения новорожденных детей с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ) остается одной из актуальных ввиду сохраняющейся высокой летальности (до 70 % по России).

За период с 2004 по 2008 год в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных пролечено 30 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей. Диагноз верифицирован по УЗИ в сроки 27 - 36 недель беременности, в 28 случаях выявлена левосторонняя и в 2 случаях правосторонняя ВДГ. Возраст матерей новорожденных с ВДГ от 16 до 35 лет, из которых 20 (67 %) первородящие. 6 (20 %) женщинам было выполнено кесарево сечение. Нами отмечено, что все новорожденные с ВДГ, рожденные в результате оперативных родов, не выжили.

27 детей родились доношенными и 3 недоношенными (29 - 35 недель гестации). Масса при рождении $3085,4 \pm 452,9$ г, рост - $50,8 \pm 1,6$ см. Оценка по Апгар на 1-й минуте составила $3,9 \pm 1,5$ баллов, на 5-й минуте - $6,1 \pm 1,3$ баллов. Сразу после рождения всем детям выполнена интубация трахеи, начата ИВЛ с первой минуты жизни, установлен зонд в желудок, катетеризирована пупочная вена, проводилась инфузионная терапия. 4 новорожденным до первого вдоха в родзале, а 5 в отделении по стабилизации состояния в течение первых 3-х часов жизни, вводился болюсно Куросурф. Все новорожденные переведены в отделение в течение 30 минут с момента рождения в транспортном кювезе на ИВЛ. Совпадение антенатального и постнатального диагнозов в 100 % случаях. Множественные пороки развития выявлены у 13 (43 %) новорожденных, из них ВПС (ДМЖП, ДМПП, стеноз легочной артерии, гипоплазия левых отделов сердца) - 10, пороки развития мочеполовой системы (крипторхизм, подковообразная почка, гипоспадия) - 6, врожденный хилоторакс - 1, аплазия селезенки - 1, гипоплазия червя мозжечка - 1.

Предоперационная подготовка составила в среднем $3,0 \pm 1,1$ суток (от 1 до 6 суток) до стабилизации общего состояния ребенка. Всем новорожденным проводилась ИВЛ: 16 детям проводилась ВЧО ИВЛ аппаратом Sensors Medics 3100A, у остальных - традиционная ИВЛ в режиме IMV. Ингаляция оксида азота в дозировке 20 - 40 ppm проводилась 10 детям. Инфузионная терапия назначалась из расчета физиологической потребности, в сочетании с инотропными препаратами (допамин, добутрекс, адреналин или их комбинация) у всех детей. До операции умерло 9 (30 %) новорожденных, на фоне

декомпенсированной сердечно-легочной недостаточности, в первые 96 часов жизни. На секции во всех 9 случаях выявлены несовместимые с жизнью пороки развития.

21 новорожденным выполнено оперативное вмешательство. У 15 детей проведена пластика купола диафрагмы местными тканями, а у 6 новорожденных – пластика диафрагмы с использованием синтетического материала Гор-Тэкс. 1 ребенку проведена операция торакоскопическим доступом. У 7 детей по тяжести состояния операция выполнена в условиях реанимационного зала в реанимационной системе Ohmeda «Giraffe OmniBed», во время операции была продолжена ВЧО ИВЛ с ингаляцией оксида азота. Продолжительность анестезии составила $102,1 \pm 34,3$ мин, операции $75,8 \pm 27,5$ мин.

Положительность ИВЛ в послеоперационном периоде $12,2 \pm 4,8$ суток (от 5 до 112), 7 новорожденных потребовали проведения ВЧО ИВЛ в течение $5,7 \pm 1,9$ суток. Ингаляция оксида азота продолжена 6 детям, дозировка 10 - 25 ppm с течением $6,5 \pm 1,8$ суток. 3 новорожденным с резистентностью к оксиду азота вводился силденафил в дозировке 1 мг/кг/сут. Инотропные препараты в послеоперационном периоде использовались у всех детей в течение $10,5 \pm 4,6$ суток. У 5 новорожденных в дальнейшем проведено насыщение дигоксинном. С $1,6 \pm 0,8$ суток после операции начинали парентеральное питание. По восстановлению пассажа по ЖКТ на $7,8 \pm 3,1$ послеоперационные сутки начиналась энтеральная нагрузка смесью «Прегестимил» или «Хумана ЛП СЦТ» капельно через зонд.

15 новорожденных выписано домой (койко-день $40,1 \pm 10,9$). 5 детей для дальнейшего лечения переведены в другие больницы (койко-день от 30 до 115), из которых 2 умерли в возрасте до 6 месяцев. 1 ребенок умер в возрасте 27 суток. Послеоперационная летальность составила 4,8 %.

Заключение: применение современных технологий интенсивной терапии и новых подходов к организации помощи новорожденным детям с врожденными пороками развития в условиях перинатального центра позволило снизить летальность и улучшить результаты лечения детей с врожденной диафрагмальной грыжей.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПАРЕ «МАТЬ-РЕБЕНОК» ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ НОВОРОЖДЕННОГО

**Гайнетдинов Т.М., Кутбудинова М.Х,
Сайфутдинова Ф.А., Лесникова Т.Г.**

*ГУЗ УОДКБ «Областная детская клиническая больница»
Ульяновск*

Внутриутробная инфекция (ВУИ) остается актуальной проблемой перинатального периода. Основными методами диагностики, доступными в

широкой практике, являются обнаружение антигена методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и антител иммуноферментным анализом (ИФА). Однако при анализе полученных данных часто возникают затруднения оценки результатов.

Целью нашей работы было выявление основных проблем при подтверждении диагноза ВУИ новорожденных. Нами проанализировано 100 пар «мать-ребенок» с признаками внутриутробной инфекции. В анамнезе матерей было отмечено: хроническая урогенитальная инфекция 76 %, инфекция мочевыводящих путей, пиелонефрит 47 %, бактериальный вагиноз 24 %. Патология плаценты (хориоамнионит) 43 %. Выявляемость инфекций по ПЦР в крови до и во время беременности (ЦМВ, ВПГ 1,2, ВЭБ, вируса папилломы, токсоплазм, хламидий) достаточно низкая 7 %. В отделяемом половых путей, моче ПЦР на уреоплазмы 57 %, микоплазмы 23 %, хламидии 22%, гарднереллы 20 %. По ИФА носительство ЦМВ (в среднем IgG 17,9) 88 %, ВПГ (IgG 19,5) 90 %, ВЭБ (IgG 18,5) 87 %, антитела к токсоплазмам (IgG 188,3-214,9) 45 %, хламидии (IgG 1:40) 34 %, кандидам (IgG 1,3) 23 %. Острая инфекция встречалась в 14 % наблюдений (IgM, IgG к предранним белкам ЦМВ), 4 % (IgM к токсоплазмам), 9 % (IgM к хламидиям). Сочетание 3 и более возбудителей в 64 %. У новорожденных ПЦР диагностика выявляла антиген только при одновременном исследовании нескольких локусов (кровь, слюна, моча, ликвор), причем для выявления ЦМВ наиболее информативной была слюна (40 %). Высокие титры IgG детей соответствовали высоким титрам у матерей (трансплацентарная передача), IgM новорожденных первого месяца встречались в основном при остром инфекционном процессе у матери. У матерей и новорожденных с тяжелыми инфекциями, получившими иммунозаместительную терапию препаратами иммуноглобулинов (в частности обогащенным IgM пентаглобином, нецитотектом), и в парах «мать-ребенок», которым переливались компоненты крови (свежезамороженная плазма, тромбомасса, эритроциты) оценка результатов анализов оказалась затруднительной, т.к. крайне сложно дифференцировать собственные и донорские антитела. Таким образом, при диагностике ВУИ необходимо динамическое обследование пар «мать-ребенок», методами ПЦР (не менее чем в 3 биологических жидкостях), ИФА. Интерпретация анализов должна вестись с учетом полученного матерью и новорожденным лечения.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИ КОРРИГИРУЕМЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Демидов В.Н., Кучеров Ю.И., Машинец Н.В.

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Установлено, что значительная часть врожденных пороков развития плода поддаются успешной хирургической коррекции. Поэтому своевременная и точная их пренатальная диагностика имеет важное значение в решении вопроса о дальнейшем сохранении или прерывании беременности. В настоящее время для этих целей в основном применяется ультразвуковой метод исследования. Тем не менее, его диагностическая ценность остается не полностью выясненной. Поэтому, с целью определения информативности этого метода, нами были проанализированы результаты эхографии за 2006 - 2008 гг. За указанный период установлен 181 врожденный порок развития плода, подлежащих хирургической коррекции. Во всех случаях диагноз верифицирован на МРТ или интраоперационно. Аномалии развития мочевыделительной системы диагностированы у 78 (43,1 %) плодов: гидронефроз констатирован в 52 (28,7 %) наблюдениях, мультикистоз – в 11 (6,1 %), кистозная дисплазия – в 8 (4,4 %), удвоение почки – в 2 (1,1 %), подковообразная почка – в 1 (0,6 %), киста почки – в 1 (0,6 %), агенезия почки – в 2 (1,1 %), клапан задней уретры – в 1 (0,6 %). Атрезия различных отделов желудочно-кишечного тракта имела место у 30 (16,6 %) новорожденных, из них атрезия пищевода – у 7 (3,9 %), двенадцатиперстной кишки – у 11 (6,1 %), толстого и тонкого кишечника – у 10 (5,5 %), множественные атрезии толстого и тонкого кишечника – у 1 (0,6 %), атрезия ануса – у 1 (0,6 %). Дефекты передней брюшной стенки отмечены в 24 (13,3 %) наблюдениях: гастрошизис – в 15 (7,2 %) случаях, омфалоцеле – в 9 (4,9 %). Диафрагмальная грыжа выявлена в 13 (7,2 %) случаях. Пороки развития легких имели место у 6 (3,3 %) новорожденных, из них кистозно-аденоматозный порок – у 2 (1,1 %), секвестр легкого у 2 (1,1 %), бронхогенная киста – у 2 (1,1 %). Функциональные кисты яичников имелись у 8 (4,4 %) плодов. Крестцово-копчиковая тератома диагностирована у 8 (4,4 %) новорожденных. В 3 (1,7 %) случаях выявлена лимфангиома шеи, в 1 (0,6 %) – тератома забрюшинного пространства. Внутриутробный перитонит констатирован у 4 (2,2 %) плодов. Энтерокистома диагностирована в 1 (0,6 %) случае, киста забрюшинного пространства – в 2 (1,1 %). Нейробластома надпочечника установлена у 2 (1,1 %) плодов. «Плод в плоде» имел место в 1 (0,6 %) случае. Точность ультразвуковой диагностики составила 96,7 %. Ошибки допущены в 6 (3,3 %) наблюдениях: 1 случае – экстралобарный секвестр легкого в сочетании с кистозно-аденоматозным пороком, ошибочно принят за аденоматоз легкого; в 1 – энте-

рокистома – за кисту забрюшинного пространства; в 1 – кистозная дисплазия гипоплазированной почки с кистой – 1,9 см, принята за терминальную стадию гидронефроза гипоплазированной почки; в 1 – «плод в плоде» – за тератому забрюшинного пространства; в 1 – киста забрюшинного пространства диаметром 8,5 см – за крестцово-копчиковую тератому; в 1 – при двухстороннем выраженном уретерогидронефрозе не диагностирована атрезия ануса. В 5 случаях (2,8 %) не диагностированы сочетанные пороки сердца (дефекты межжелудочковой перегородки диаметром 1-6 мм), что было связано с трудностями его визуализации. Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что эхография представляет ценный метод, который может с успехом использоваться для диагностики хирургически корригируемых аномалий развития плода.

ПРИНЦИПЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

**Дорофеева Е.И., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В.,
Сепбаева А.Д., Хаматханова Е.М., Подуровская
Ю.Л., Машинец Н.В.**

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Пороки развития внутренних органов занимают ведущее место в структуре хирургической патологии новорожденных детей и являются наиболее частой причиной ургентных ситуаций в неонатальной хирургии. Частота рождения детей с врожденной кишечной непроходимостью составляет 1: 1500-2000 новорожденных.

За период с 2005 по 2007 год в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных находились на лечении 350 детей, среди них 38 пациентов с диагнозом кишечной непроходимости (10,9%). Среди них наблюдали 13 пациентов с дуоденальной непроходимостью, 13 – с патологией тощей кишки, 2 – подвздошной кишки, 4 – толстой кишки, и 6 – аноректальными аномалиями. Большую роль в диагностике врожденной кишечной непроходимости играет пренатальная сонография, точность которой, по нашим данным, достигает 78,9%. Наибольшую сложность пренатальной диагностики представляют аноректальные аномалии в связи с отсутствием расширения кишечника. Частота сочетанных аномалий и пороков развития составила 48,6 %, в основном при патологии 12-перстной кишки и аноректальных аномалиях.

Организация диагностического и лечебного этапов в перинатальном центре в короткие сроки после рождения ребенка и исключение транспортировки в специализированный стационар уменьшают риск инфицирования и охлаждения пациента.

В хирургическом лечении мы отдаем предпочтение наложению прямых анастомозов только при наличии сопоставимых по диаметру кишечных петель, в остальных случаях накладываем Т-образные разгрузочные анастомозы, что позволяет избежать обширных резекций кишечника, уменьшить риск послеоперационных осложнений и облегчить течение ближайшего послеоперационного периода.

Изложенные принципы диагностики, терапии и выхаживания новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью позволили достигать быстрого восстановления функции кишечника и снизить количество хирургических осложнений до 7,9 % и летальность до 5,4 %.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЮСНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СУРФАКТАНТ-БЛ

**Кривчанская Л.Ф., Ротару Д.И., Иешану В.И.,
Пынзарь Л.С., Бруньк Л.И.**

Научно-исследовательский институт охраны матери и ребенка

Кишинев, Молдова

Известно, что распределение сурфактанта в легких в большей степени зависит от метода введения, а не от дозы. Болюсное введение предпочтительнее капельного или микроструйного, так как дает более равномерное распределение эмульсии в легких. Проведено изучение безопасности и эффективности болюсного введения препарата сурфактанта-БЛ (СТ-БЛ), («Биосурф», С-Петербург, Россия) у недоношенных новорожденных массой тела от 780 гр. до 1600 гр. СТ-БЛ использовали как для профилактики, так и для лечения РДС. Всего было обследовано 11 детей. СТ-БЛ в дозе 75 мг/кг в объеме 2,5 мл вводили болюсно в виде 3 - 4 порций. Из 11 обследованных 6 новорожденных (54,5 %) были массой тела от 780 г. до 999 г. и 5 детей (45,5 %) массой тела от 1000 г до 1600 г. 9 новорожденных получали СТ-БЛ профилактически (80,6 %) с переводом на ИВЛ и последующим переводом на СРАР. Двое детей (19,4 %) получали препарат также болюсно при манифестации РДС. Эти дети получали препарат, находясь на ИВЛ, в сопровождении седативной терапии для синхронизации с аппаратом ИВЛ. Для оценки безопасности и эффективности болюсного введения СТ-БЛ использовали транскутанную пульсоксиметрию, показатели кислотно-щелочного состояния и рентген грудной клетки. Умершим детям было проведено морфологическое, гистологическое и микробиологическое исследование легких и других органов. Средняя продолжительность ИВЛ составила 11,2 часа, а кислородотерапии – 52,3 часа. В процессе сурфактант-терапии обнаружено увеличение растяжимости легких: индекс эффективности ИВЛ увеличился с 0,04 мл/мм Hg/кг до 0,27 мл/мм

Hg/кг, а ИО уменьшился в течение 4,7 часов. При болюсном введении препарата ни явлений обтурации интубационной трубки, ни явлений регургитации препарата не наблюдалось. В процессе введения у 2/3 новорожденных, также как и при введении Куросурфа, наблюдали кратковременное падение сатурации, быстро преодолеваемое кратковременным увеличением пикового давления. Трое детей массой тела меньше 1000 г. умерли, у всех троих гистологически и микробиологически был подтвержден диагноз сепсиса. Мы полагаем, что болюсное введение сурфактанта-БЛ как в профилактических, так и лечебных целях безопасно и эффективно.

ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЛИПИРОВАНИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кучерова И.Ю., Крючко Д.С., Мовсесян Р.Р.

Научный Центр Сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Недоношенные дети составляют категорию высокого риска для анестезиологического пособия. Открытый артериальный проток (ОАП) является частой и важной проблемой для недоношенных детей гестационного возраста 28 и менее недель. Аорто-легочное шунтирование при функционировании ОАП увеличивает легочный кровоток и обедняет системное кровообращение. Эти гемодинамические изменения способствуют развитию таких патологических состояний, как пролонгированная зависимость от вентилятора, легочное кровоотечение, некротизирующий энтероколит.

Цель. Оценить опыт проведения анестезий недоношенным детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела при операции клипирования функционирующего ОАП в условиях отделения неонатальной реанимации (ОНР).

Материалы и методы. За период с января 2007 года по апрель 2008 года в отделении реанимации новорожденных выездной бригадой НЦССХ им. Бакулева были прооперированы 7 детей с клиническими проявлениями функционирующего ОАП. Средний возраст проведения операции 16,6±2,28 суток (9 – 28 суток). Средний гестационный возраст прооперированных новорожденных составил 27,8±0,6 недели (26 – 28 недель), средний вес 935,8±50,6 г (742 – 1126 г). У 5 детей ОАП функционировал с рождения, у 2 отмечено позднее пов-

торное открытие артериального протока на 18 и 22 сутки. Диаметр протока составил $2,7 \pm 0,4$ мм (2,0 – 4,0 мм). Наложение металлической клипсы на артериальный проток осуществлялось через стандартную боковую торакотомия. Средняя продолжительность операции 22 ± 3 мин. На протяжении операции осуществлялся полный мониторинг состояния ребенка, стандартный для отделения неонатальной реанимации (термометрия, пульсоксиметрия, ЭКГ, неинвазивное измерение АД, капнография); по окончании операции выполнялась рентгенография грудной клетки, газовый и электролитный анализ крови, а также контрольное ЭхоКГ. ИВЛ проводилась в режиме PressControl из расчета $DO = 5-6$ мл/кг, $CD = 35-40$ в мин., и $FiO_2 = 0,21$.

Результаты. Для индукции в анестезию мы использовали фентанил в дозировке 20 мкг/кг и ардуан 0,1 мг/кг. При этом кожный разрез и торакотомия проходили на фоне стабильной гемодинамики с АД сист = 56 ± 4 мм рт.ст. и ЧСС 145', $SatO_2 = 89 - 92$ %. У всех детей во время выделения ОАП отмечено повышение АД сист до 85 ± 5 мм рт.ст., что требовало повторного введения 20 – 30 мкг/кг фентанила с хорошим эффектом. У 2 детей отмечено снижение $SatO_2$ до 85 ± 3 % во время выделения и клипирования ОАП, которое восстанавливалось временным увеличением FiO_2 до 0,4 – 0,5. Таким образом, суммарная интраоперационная доза фентанила в зависимости от массы тела детей составила от $33 \pm 4,0$ мкг/кг до $50 \pm 5,9$ мкг/кг. Интраоперационный объем кристаллоидов составил 10–13 мл/кг.

Выводы. Не было отмечено осложнений, связанных непосредственно с анестезией. В послеоперационном периоде у 2 детей имела место выраженная гипотония, у 2 детей клиника отека легких. Возможно, применяемые нами дозировки фентанила завышены, а ардуан может быть успешно заменен на тракриум, что будет предметом изучения при последующих анестезиях. Преимущества клипирования ОАП и анестезии в условиях ОРН включают минимальный стресс для ребенка, отсутствие необходимости в транспортировке, близость родителей, что существенно снижает риск операции и анестезии для глубоко недоношенного новорожденного.

ТАКТИКА НЕОНАТОЛОГА ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ

Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В.,
Сепбаева А.Д., Хаматханова Е.М.,
Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Титков К.В.,
Чусов К.П., Мацкевич Е.Г.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва

Пороки развития внутренних органов занимают ведущее место в структуре младенческой смертности. Благодаря современным достижениям

детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии в большинстве случаев возможна коррекция пороков развития в неонатальном периоде. Успех хирургического вмешательства во многом зависит от своевременной диагностики, оказания помощи и перевода ребенка в специализированный стационар, а также квалифицированного анестезиологического пособия и интенсивной терапии в послеоперационном периоде. Большая роль в диагностике врожденной патологии принадлежит пренатальной сонографии, которая позволяет неонатологу быть готовым к рождению больного ребенка, своевременно оказать ему необходимую помощь и правильно организовать транспортировку в специализированный стационар.

Наибольшую сложность на этапе родильного дома представляют пороки развития передней брюшной стенки (гастрошизис, омфалоцеле), врожденная диафрагмальная грыжа, тератома крестцово-копчиковой области с разрывом оболочек и продолжающимся кровотечением, менингоцеле и миелоцеле с разрывом оболочек грыжи, пороки развития дыхательных органов и желудочно-кишечного тракта. Задача неонатолога – обеспечить дыхательную поддержку, обработать эвентрированные органы в стерильных условиях, провести декомпрессию желудка, наладить венозный доступ для начала инфузионной терапии с последующим экстренным переводом в хирургический стационар.

При выявлении пороков развития мочевыводящих путей, объемных образований различной локализации без разрыва оболочек и признаков кровотечения объем первичной помощи оказывают в обычном объеме с последующим срочным переводом в хирургический стационар.

Организация хирургического стационара в структуре перинатального центра позволяет исключить этап транспортировки, выполнить диагностические и лечебные манипуляции в оптимальные сроки, что уменьшает количество осложнений и улучшает результаты лечения и прогноз.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНТЕНСИВНУЮ РЕСПИРАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ

Лелик М.П.

Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росздрава
Ростов-на-Дону

В современной неонатологии наиболее актуальной проблемой является респираторная патология (РП) периода новорожденности. Существенным фактором, снижающим эффективность респираторных методов лечения в данной группе заболеваний,

являются инфекционные осложнения (ИО), имеющие, в основном, нозокомиальный характер. Целью работы явилось изучение диагностической значимости исследования методом ПЦР наличия ДНК зубактерий в лейкоцитах крови, а также клинико-иммунологической эффективности эндотрахеального применения реальдиона (рекомбинантного альфа- 2b интерферона) в сочетании с иммуноглобулином для внутривенного введения (ИВВ) для лечения и профилактики ИО у новорожденных с тяжелой РП и перинатальным поражением (ПП) ЦНС, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Обследовались 56 новорожденных с (ПП) ЦНС и РП, в возрасте 1 - 10 суток жизни, родившихся в сроке гестации $39,3 \pm 1,4$ недель, с массой тела 3430 ± 230 грамм. Ретроспективно пациенты были сформированы в группы, у детей одной из которых течение основного заболевания осложнилось присоединением сепсиса ($n = 15$) и новорожденных, не заболевших сепсисом ($n = 41$). В результате проведенных исследований в группе детей, заболевших сепсисом, в лейкоцитах крови обнаружены ДНК зубактерий, в среднем за 1-2 суток до манифестации септического процесса.

Для исследования влияния различных методов иммунотерапии на возникновение ИО, нами обследованы 70 новорожденных, находящихся на ИВЛ и получавших различные схемы иммунотерапии: группа 1- контрольная ($n = 26$); группа 2 — дети, получавшие реальдирон ($n = 23$); группа 3 — дети, получавшие реальдирон с ИВВ ($n = 21$). Анализ эффективности различных лечебных схем выявил в динамике у детей групп 2 и 3 снижение частоты ИО (на 20 – 30 %), а также летальности от сепсиса (на 15 – 20 %), что соответствовало достоверному увеличению абсолютного количества Т- и В- лимфоцитов, увеличению в 1,5 раза уровня Ig G, повышение в 1,5 - 2 раза индекса завершенности фагоцитоза.

Таким образом, мониторинг наличия ДНК зубактерий в лейкоцитах крови методом ПЦР может рассматриваться как экспресс- тест доклинической диагностики сепсиса, а применение предлагаемых лечебных схем способствует повышению эффективности профилактики и лечения ИО у новорожденных на ИВЛ.

СТРУКТУРНЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АНЕМИИ И ДРУГИХ НАРУШЕНИЯХ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ

Манылова Н.А., Агаева К.В.*, Резван С.Г.*, Логвинова И.И.

*Воронежская государственная медицинская академия
*Воронежский государственный университет
Воронеж*

Изучались структурно-функциональные свойства эритроцитов, которые, обладая всеми основными свойствами соматических клеток, характеризуются высокой чувствительностью к па-

тологическим процессам, протекающим в живом организме. Было проведено исследование венозной крови новорожденных. Об изменении структурных свойств эритроцитов судили по величине их осмотической и кислотной резистентности, которую определяли при помощи спектро-фотометрического метода автоматической регистрации кислотных и осмотических эритрограмм. Обследовано 20 детей (у 6 из них при рождении была диагностирована анемия), находившихся как в общем отделении, так и в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных родильного дома № 4 г. Воронежа.

По результатам проведенных исследований было выделено 5 групп: 1) диагноз «постгипоксическое состояние и транзиторная гипербилирубинемия» (4 человека, из которых у 3-х была анемия); 2) диагноз «транзиторная гипербилирубинемия» (2 новорожденных, в том числе 1 с анемией); 3) диагноз «постгипоксическое состояние» (4 ребенка, из которых 1 с анемией); 4) диагноз «церебральная ишемия» (6 детей, в том числе 1 с анемией); 5) остальные (4 человека).

Выводы: 1) наиболее чувствительным критерием, отражающим степень химической модификации белковых компонентов мембран эритроцитов, является изменение кислотной резистентности эритроцитов, в то время как изменение осмотической резистентности эритроцитов слабо коррелирует с клиническими показателями; 2) структурные свойства эритроцитов и состояние эритрона в целом определяются не природой, а силой воздействия того или иного фактора или сочетания факторов; 3) у детей с диагнозом «церебральная ишемия», рожденных от матерей, перенесших угрозу прерывания беременности, выявлена высокая гемолитическая активность эритроцитов; 4) для детей пятой группы установлена низкая величина осмотической и кислотной резистентности эритроцитов на фоне нормальных биохимических и клинических показателей, что требует дополнительных исследований; 5) на данном этапе исследований нами не установлена взаимосвязь между диагностированной у новорожденного анемией и изменениями структурных свойств эритроцитов.

БОЛЮСНОЕ ВВЕДЕНИЕ СУРФАКТАНТА-БЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВТОРИЧНЫМ ДЕФИЦИТОМ СУРФАКТАНТА

Немец В.Д., Тимофеева О.А., Копцева А.А., Тюменцева А.А.

*МУЗ «Южно-Сахалинская детская городская больница»
Южно-Сахалинск*

Известно, что болюсное введение препаратов сурфактанта (СТ) эффективнее инфузионного за счет более гомогенного и быстрого распределения

в легких. В то же время стандарт введения сурфактанта-БЛ (СТ-БЛ) – инфузионный и характеризуется большим объемом введения (2,5 мл/кг). Предпринято изучение комбинированного болюсного и инфузионного введения СТ-БЛ для лечения легочной патологии новорожденных, обусловленной вторичным дефицитом СТ. Основная группа (ОГ) составила 22 новорожденных со сроком гестации более 37 недель, с тяжелым РДС на фоне САМ, пневмонии и купированной легочной геморрагии. В предварительных наблюдениях было выяснено, что терапевтическая доза СТ-БЛ существенно ниже предлагаемой в Инструкции и может составить 50 мг/кг в объеме 1,7 мл/кг. Препарат начинали вводить через $6,2 \pm 2,3$ ч. после рождения. Контрольную группу (КГ) составили 35 детей с такой же патологией и того же гестационного возраста. Больные ОГ получали СТ-БЛ в дозе 50 мг/кг в объеме 1,7 мл/кг; первую половину этой дозы вводили болюсно по стандарту Куросурфа на открытом контуре, без осложнений; вторую – инфузионно, в среднем за 30 мин. Дети КГ получали СТ-БЛ по стандартной инфузионной методике в рекомендуемой дозе 75 мл/кг, 2,5 мл/кг. Обнаружено, что в ОГ позитивная динамика (нарастание SpO₂, увеличение комплайенса) проявлялась уже к началу инфузионного этапа, максимальные эффекты наступали через 4 - 6 ч. после введения. К этому моменту удавалось снизить FiO₂ с $0,8 \pm 0,1$ до $0,5 \pm 0,1$. У детей КГ не было быстрых динамических изменений параметров оксигенации и ИВЛ, улучшение наступало через 8 - 10 ч. Частота повторных введений СТ-БЛ составляла в обеих группах до 46,5 % и достоверно не отличалась. Случаев пневмоторакса в ОГ не отмечено, в КГ-2 (5,7 %). Длительность ИВЛ в ОГ в среднем 119,3; в КГ – 144,5 часа. Нарастания степени ВЖК в обеих группах не отмечены. Летальность в ОГ - 4,5 %; в КГ - 5,7 %. Можно сделать вывод о безопасности и эффективности комбинированного введения СТ-БЛ, а также высказать предположение о возможности болюсного введения СТ-БЛ детям меньшей массы тела.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПРОКОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ВЫЯВЛЕННЫХ АНТЕНАТАЛЬНО

Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Машинец Н.В., Хаматханова Е.М., Дорофеева Е.И.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»

*Кафедра детской хирургии Российского Государственного Медицинского Университета
Москва*

Настоящее исследование основано на 95 клинических наблюдениях беременности, родов и периода новорожденности пациентов за период с 2004 по 2008 годы на базе ФГУ НЦ Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий.

Беременные впервые обращались на консультацию по поводу выявленного расширения ЧЛС плода в сроки 22 - 35 недель.

После рождения для уточнения диагноза новорожденным проводилось УЗИ почек на 1-е и 6-е сутки жизни. При необходимости дифференциации органической и функциональной обструкции мочевыводящих путей на 7 - 10-е сутки жизни ребенка применялась диуретическая сонография. Оценка всех ренальных структур осуществлялась так же по результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ), в том числе с контрастированием. Микционная цистоуретрография проводилась на 7-е сутки жизни ребенка для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

В результате гидронефроз был выявлен у 25 детей, 10 из них были прооперированы в периоде новорожденности. Мегауретер был выявлен у 29 детей, прооперировано 11 из них. У 4-х детей диагностирован уретерогидронефроз верхнего сегмента удвоенной почки на фоне уретероцеле с этой же стороны, в этих случаях использовались возможности эндоскопии, а еще двое детей родилось уже с потерей функции верхнего сегмента почки на фоне обструкции мочеточника, им проводилась геминефруретерэктомия. Мультикистоз почки обнаружен у 24 детей, их них прооперировано 12, а ПМР III-V степени – у 5 детей, которым проводилась консервативная терапия. Гипоплазия одной из почек встретилась в 4 случаях. Двое детей родились с крайне тяжелой формой синдрома Prune-Belle, с атрезией уретры и соответственно гипоплазией легких, они погибли в 1-е сутки жизни (к сожалению, эти женщины обратились уже на поздних сроках беременности).

Таким образом, почти все случаи выявленного расширения ЧЛС были подтверждены постнатально, что оправдывает целесообразность УЗ-обследования беременных и перевода детей после рождения в специализированные отделения для более углубленного обследования, уточнения диагноза и своевременного лечения (в том числе и оперативного).

ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМБИНАНТНЫМ ГРАНУЛОЦИТАРНЫМ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Пухтинская М.Г., Эстрин В.В.

*Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росздрава
Ростов-на-Дону*

Развитие нейтропении у новорожденных в критическом состоянии служит маркером присоединения бактериальных осложнений. Одним из патофизиологических механизмов развития нейтропении является активизация процессов раннего и позднего апоптоза лимфоцитов крови. Учитывая

это обстоятельство, проведено контролируемое рандомизированное слепое клиническое испытание эффективности и безопасности использования рекомбинантного гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (чр-ГКСФ) (Neurogen, «F. Hoffmann-La Roche») с целью профилактики развития нейтропении и бактериальных осложнений.

В исследование вошли 83 новорожденных с респираторным дистресс-синдромом (РДС), находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), родившихся в сроке гестации $39,1 \pm 1,1$ недель, с массой тела $3500 \pm 250,0$ с оценкой по Апгар $3,1 \pm 1,2$ балла. В первой группе ($n=39$) пациентам назначался чр-ГКСФ в дозе 10 мкг/кг/сутки внутривенно в течение 3 дней, если уровень раннего апоптоза лимфоцитов крови превышал 9,5 %, позднего апоптоза - 0,56 % и уровень CD95 - свыше 5,1 %. Пациенты контрольной группы ($n = 44$) чр-ГКСФ не получали. Субпопуляционный состав лимфоцитов крови проведен методом однопараметрического иммунофенотипирования (Beckman Coulter Epics XL), США. Лимфоциты крови, находящиеся в раннем и позднем апоптозе, определяли при помощи моноклональных антител к аннексину и прокрашиванием пропидием йодида.

Анализ результатов показал увеличение абсолютного числа нейтрофилов (АЧН) у детей 1-ой группы в 3,1 раза по сравнению с фоновыми показателями ($p < 0,05$) и в 1,2 - 1,9 раз по сравнению с АЧН в контрольной группе ($p < 0,05$). В группе детей, получавших терапию чр-ГКСФ, развитие неонатального сепсиса не зарегистрировано; летальных исходов заболевания не было. В контрольной группе снижение АЧН в среднем до $1,2 \times 10^{12}$ /литр зарегистрировано у 15 пациентов с последующим развитием неонатального сепсиса (у 6 детей заболевание закончилось летальным исходом).

Сделан вывод о том, что профилактика развития нейтропении и бактериальных осложнений чр-ГКСФ у новорожденных с РДС, находящихся на ИВЛ, эффективна и безопасна.

ШУМОВАЯ НАГРУЗКА ПРИ ИНТЕНСИВНОМ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Романенко В.А., Аверин А.П., Романенко К.В.,
Гаева А.И., Поляков А.В.**

Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования

*Детская городская клиническая больница № 8
Челябинск*

Последнее время пристальное внимание зарубежных специалистов, занимающихся интенсивной терапией и уходом в неонатологии, уделяется такому серьезному повреждающему фактору как шум. В 2007 - 2008 годах нами был проведен первый этап исследований по определению уровня шумового давления в условиях интенсивного выхаживания новорожденных в отделении интенсивной терапии

и палатах интенсивной терапии родовспомогательных учреждений.

Целью I этапа исследования было определение «фонового» уровня шума в реанимационных палатах неонатального профиля и роль оборудования и сотрудников в формировании шумового «загрязнения» и сопоставление с референсными данными СанПинов, СН, МДУ и ПДК по ограничению шума в лечебных учреждениях. Измерения проводились в категории дБА. Всего было проведено 72 аудиопробы. Измерения были разделены на 3 группы: 1-ая группа – аудиопробы реанимационных палат, работающих в режиме интенсивной терапии (без проведения ИВЛ) днём и ночью; 2-ая группа – аудиопробы реанимационных палат в режиме суперинтенсивной терапии (проведение ИВЛ с централизованной подачей газов) днём и ночью; 3-ья группа – палаты в режиме суперинтенсивной терапии (проведение ИВЛ с палатными компрессорами днём и ночью). Измерения проводились в палатах с площадью 32,0 и 35 м². В 1-ой группе были определены следующие показатели – средний уровень шума составил 57,1 и 53,9 дБА днём, 50,6 и 51,2 дБА ночью; во второй группе - 59,4 и 63,4 дБА днём, 56,8 и 55,6 дБА ночью; в 3-ей группе – 67,1 и 69,5 дБА днём, 64,6 и 67,4 дБА ночью. Уровень шума в палатах при всех измерениях и режимах работы превышает стандарты по предельно допустимому уровню шума для лечебных учреждений, как в дневное, так и в ночное время. Превышение в среднем составило 3,4 – 9,5 дБА. Таким образом, выявлены несоответствия в уровне шума рекомендуемыми стандартами по ограничению уровня шума в неотложной неонатологии. Целесообразно уточнить ныне действующие нормативы для этих структур и, вероятно, пересмотреть и детализировать стандарты и требования к неонатальному оборудованию, а так же к проектированию и планированию работы ОРИТ неонатального профиля по ограничению шумовой нагрузки на пациентов и специалистов.

ВЕНТИЛЯТОР АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Романенко В.А., Романенко К.В.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования

*Детская городская клиническая больница № 8
Челябинск*

В среднем, у 21 - 28% пациентов, находящихся в ОРИТ, развивается одна или несколько внутрибольничных инфекций у 15-40% из ВАП. Частота ВАП на 100 дней ИВЛ колеблется от 11,4 до 79,6.

Проанализирована частота ВАП за 5 лет у 116 новорожденных. К ВАП относили только те случаи пневмонии, которые развивались более чем через 48 часов пребывания пациента на ИВЛ. Ретроспективно проводилась оценка по клинической шкале легочных инфекций (N.Singh с соавт. 2003) в модификации.

Все дети переведены из роддомов в условиях искусственной вентиляции в возрасте $2,2 \pm 0,23$ дня. Длительность ИВЛ в роддоме составила $2,01 \pm 0,19$ дня, в отделении $10,5 \pm 0,83$ дня в 2 раза дольше у остальных пациентов. Длительность ИВЛ при ВАП у детей с ГВ менее 28 недель составила $22,1 \pm 3,2$ дня достоверно чаще чем в других возрастных группах ($p < 0,002$). Средний койко-день у всех детей с ВАП $16,3 \pm 0,89$ суток, что в 1,5 раза больше, чем средний койко-день по отделению.

Пневмония диагностировалась врачами в среднем на $7,27 \pm 0,45$ сутки пребывания в отделении. Через 48 часов пребывания в отделении диагноз пневмония был выставлен у 6 %; ранняя ВАП диагностирована у 12,0 %, поздняя у 88 % детей. При оценке по шкале через 2 суток пневмония выявлена у 22,2 %, ранняя у 38,3 %, поздняя у 61,7 %. Средний балл при диагностике пневмонии через 48 часов составил $6,3 \pm 0,39$, при ранней пневмонии $6,0 \pm 0,37$, при поздней $7,39 \pm 0,22$ при поздней пневмонии оценка была достоверно выше ($p < 0,008$).

У всех детей с ВАП развивался синдром полиорганной недостаточности. Сочетание 3 синдромов выявлено у 43,2 %, 4 и более у 39,6 %. Частота ВАП на 100 дней вентиляции составила 112,6.

ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Романенко К.В., Романенко В.А.

Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования

Детская городская клиническая больница № 8 Челябинск

Проведена оценка карт первичной реанимации по историям развития новорожденного за апрель 2008 года. За отчетный период родилось 1329 детей, проанализировано 1189 историй, что составило 89 % от числа родившихся детей.

Доношенные новорожденные составили 94,1 %, недоношенные 5,9 %. На первой минуте оценку менее 7 баллов по шкале Апгар имели 13 % детей, на пятой минуте количество детей с оценкой менее 7 баллов составило 5,3 %.

Проведение интубации в родильном зале потребовали 100 детей, что составило 4,5 %. В 53 случаях причиной интубации являлся респираторный дистресс синдром новорожденных, в 47 случаях аспирация околоплодными водами.

Проведения искусственной вентиляции потребовали 67 новорожденных. Основной причиной перевода детей на искусственную вентиляцию легких являлся респираторный дистресс синдром новорожденных.

При оценке частоты использования дотации кислорода в режиме свободного потока или масочным способом выявлено, что кислородотерапия проводилась 577 детям (48,6%), Интересным является тот факт, что в дальнейшем кислородная за-

висимость отмечалась только у 86 новорожденных (7,3 %). Непрямой массаж сердца проводился 2 детям, что составило 0,16 %.

Адреналин и раствор гидрокарбоната натрия вводились одному ребенку – 0,08 %. Введение физиологического раствора на этапе родильного зала зарегистрировано у 5 детей, что составило – 0,4 %.

В заключении следует отметить, что, не смотря на введение понятия «активного ребенка» сохраняется высокая частота интубации по поводу аспирационных синдромов. Также сохраняется рутинное использование кислорода при проведении первичной реанимации. Кроме этого следует отметить, что проведение объемной нагрузки используется чаще, чем регламентируется протоколами проведения первичной реанимации новорожденных.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ОНМТ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ

Рябкова М.Г., Гребенников В.А.

Кафедра детской анестезиологии и интенсивной терапии ФУВ РГМУ Москва

Сложность определения оптимального потребления нутриентов недоношенным ребёнком заключается в том, что преждевременные роды — нефизиологическая ситуация. «Золотой стандарт» — физическое развитие плода во внутриутробном периоде при нормально протекающей беременности. В клинической практике достичь таких темпов развития пока никому не удавалось. Кормление недоношенного ребенка только грудным молоком ограничивается многими факторами. Можно предположить, что обогащение грудного молока гидролизатами белков позволит не только обеспечить стабильно возрастающую весовую кривую, но и повысить долю белка в прибавке массы тела недоношенного ребёнка.

Целью нашего наблюдения являлась оценка влияния обогащенного белками грудного молока на физическое развитие и частоту осложнений недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела при рождении.

Исследование проводилось в селективной группе больных в количестве 19 человек, с гестационным возрастом от 25 до 30 недель, масса тела от 670 до 1070 г, дети находились на ИВЛ.

Результаты наблюдения показали, что обогащение грудного молока полуэлементной смесью «Альфаре» привело к улучшению показателей физического развития (массы тела, окружности головы, груди) недоношенных детей с ОНМТ в первый месяц жизни. Тактика использования энтерального и парентерального питания, направленная на увеличение калорийности и более раннее начало, способствовала снижению количества осложнений

интенсивной терапии, в частности, ретинопатии недоношенных на 30 %. Но не отмечалось разницы в продолжительности ИВЛ и сроках пребывания в отделении интенсивной терапии у новорожденных в основной и контрольной группах.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЖИМА ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ PSV+VG У ДЕТЕЙ С ОНМТ

Рябкова М.Г., Гребенников В.А.

*Кафедра детской анестезиологии и интенсивной терапии ФУВ РГМУ
Москва*

В последнее время появился ряд публикаций, подчеркивающих положительный эффект вентиляции, ориентированный на объем. Но из-за технического несовершенства дыхательной аппаратуры применение объемных и гибридных режимов ИВЛ у глубоко недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении был невозможен. С вводом в эксплуатацию аппаратов Babylog 8000 plus нами был апробирован триггерный режим ИВЛ с поддержкой давлением и гарантией дыхательного объема (PSV+VG) у данной группы пациентов.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности режима PSV+VG у глубоко недоношенных детей с РДС в период отлучения от ИВЛ.

Исследование проводилось в группе больных в количестве 20 человек, с гестационным возрастом от 25 до 29 недель и массой тела от 782 до 1020 г. Все дети были с РДС. Триггерная вентиляция началась с $16,2 \pm 3,5$ сут жизни, при этом устанавливали ориентировочно ДО 6 мл/кг.

Применения данного режима позволило поддерживать адекватный дыхательный объем при более низких значениях PIP, PEEP, T_{in}, что теоретически снижает инвазивность респираторной поддержки. Однако эти изменения не имели достоверной разницы. Не было ни одного случая развития пневмоторакса, а количество ИЭЛ снизилось на 10 %. Достоверной разницы в сроках перевода детей из отделения реанимации между основной и контрольной группами не получено.

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Сухих Г.Т., Бокерия Л.А.* , Антонов А.Г.,
Крючко Д.С., Мовсесян Р.Р.* , Рябцев Д.В.* ,
Захарченко А.Г.* , Ким А.И.***

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»

**Научный Центр Сердечно-сосудистой хирургии им.*

А.Н. Бакулева РАМН

Москва

В настоящее время объем кардиохирургической помощи у глубоко недоношенных детей ограничивается устранением функционирования открытого артериального протока. Частота встречаемости ОАП у глубоко недоношенных детей составляет 30-35%. В случае неэффективности фармакологического закрытия ОАП возникает необходимость хирургического вмешательства.

Цель работы: Оценить непосредственные результаты клипирования ОАП у глубоко недоношенных детей. Определить оптимальные сроки проведения хирургической коррекции.

Методы: За период 2007 - 2008 г. выездной бригадой НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН у 10 пациентов выполнено клипирование ОАП. Средний возраст пациентов составил $16,6 \pm 2,28$ суток (9 - 28 суток), средний гестационный возраст $27,8 \pm 0,6$ недель (26 - 28 недель), средний вес $935,8 \pm 50,6$ г. (742 - 1126 г.). Диагноз был установлен на основании эхокардиографических данных. Всем пациентам после подтверждения диагноза проводилась попытка фармакологического закрытия ОАП. Хирургическое вмешательство проводилось на базе отделения реанимации, интенсивной терапии новорожденных и выхаживания маловесных детей ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий». У всех пациентов оперативное вмешательство проводилось с использованием аналогичного протокола: ИВЛ, внутривенный наркоз, доступ заднебоковая торакотомия, клипирование ОАП.

Результаты: показаниями к хирургическому устранению ОАП являлись:

Неэффективность медикаментозного закрытия ОАП;

Гемодинамически значимые размеры ОАП (диаметр ОАП ≥ 2 мм);

Признаки недостаточности кровообращения (отношение размеров ЛП к корню аорты $\geq 1,4$).

Осложнений в ходе хирургического вмешательства выявлено не было. В послеоперационном периоде у 2 (20 %) пациентов выраженная артериальная гипотония, у 2 (20 %) пациентов клиника отека легких. Летальных исходов в группе оперированных больных не было. Необходимости в проведении повторных хирургических вмешательств не было.

Выводы: Хирургическое устранение ОАП у глубоко недоношенных детей является актуальной процедурой. Клипирование ОАП как метод хирур-

гического вмешательства является малотравматичной, эффективной и наиболее предпочтительной процедурой в настоящее время.

ВРОЖДЕННЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г.,
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Сепбаева А.Д.,
Буров А.А., Титков К.В., Гордеева Е.А.,
Мацкевич Е.Г., Машинец Н.В.**

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

Все большее внимание во всем мире уделяется вопросам экологического неблагополучия, неправильного образа жизни, нерационального питания, и др. связывая эти факторы с ухудшением здоровья целых наций и ростом онкологических заболеваний. Вышеперечисленные факторы или развитие антенатальной диагностики за последние годы явилось следствием отмечающегося роста числа детей, с врожденными объемными образованиями, требующими хирургической активности с первых дней жизни?

Материалы и методы. В период с 2004 по 2008 г в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» находилось 49 детей с врожденными объемными образованиями. Возраст женщин колебался от 18 до 39 лет (в среднем $28 \pm 7,6$). Отчетливых данных зависимости патологии от возраста не выявлено. Однако у женщин с врожденными объемными образованиями у плода в 53 % случаев роды были первые, вторые роды – у 36,7 % женщин, и третьи – у 10 %.

В подавляющем большинстве случаев локализация патологического процесса была представлена следующим образом: киста яичника – 17 (34,7 %), опухоли забрюшинного пространства – 10 (20,4 %); крестцово-копчиковая тератома – 10 (20,4 %). В остальных случаях врожденные объемные образования распределились таким образом: киста легкого – 2 (4 %); лимфангиома шеи – 3 (6,1 %); киста селезенки – 2 (4 %); тератома верхней челюсти – 1 (2 %); лимфангиома правой нижней конечности – 1 (2 %); киста влагалища – 1 (2 %); киста общего желчного протока – 1 (2 %).

Родоразрешение путем кесарева сечения произведено в 27 (55 %) случаях, в том числе всем женщинам (100 %) с крестцово-копчиковой тератомой у плода.

Оперативные вмешательства выполнены 38 (77,6 %) детям в среднем на 7 сутки жизни (0 – 19 с.ж.). Всем детям, кроме одного (по жизненным показаниям), выполнены радикальные операции.

Сроки пребывания в отделении колебались от 5 до 46 койко-дней ($17,7 \pm 3,2$) 45 детей выписаны домой в удовлетворительном состоянии, из них

34 (69,4 %) после оперативного лечения (остальные дети, не требовавшие хирургического лечения, под дальнейшее наблюдение). В другие лечебные учреждения в стабильном состоянии после проведенной оперативной коррекции хирургической патологии переведены 4 детей. Умер 1 ребенок, из-за рецидива опухоли и кишечной непроходимости в возрасте 3 месяцев.

Таким образом, тактика лечения объемных образований у новорожденных требует дифференцированного подхода. При крестцово-копчиковых тератомах мы считаем целесообразным оперативное родоразрешение и раннюю радикальную оперативную коррекцию, в то время как при кистах яичников в ряде случаев обоснована консервативная тактика.

ГАСТРОШИЗИС — ПРОСТОЙ И СЛОЖНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

**Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г.,
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Сепбаева А.Д.,
Буров А.А., Титков К.В., Гордеева Е.А.,
Мацкевич Е.Г., Машинец Н.В.**

*ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»
Москва*

За последние годы по данным литературы зарубежные авторы отмечают рост числа гастрошизиса. Американские исследования показывают, что распространенность гастрошизиса возросла с 0,03 % до 0,1 % с 1983 года.

Предпочтительным методом коррекции гастрошизиса в нашем отделении была избрана первичная пластика передней брюшной стенки местными тканями.

За период с 2003 по 2008 в отделении хирургии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных находилось на лечении 33 новорожденных, из них 13 (39,4 %) девочек и 20 (60,6 %) мальчиков. По территориальному принципу пациенты распределились следующим образом: 9 (27,3 %) женщин из Москвы, 6 (18,2 %) - из Московской области, из регионов России - 17 (51,5 %) и 1 (3 %) представительница из СНГ. У 28 (84,5 %) пациенток это были первые роды.

Новорожденные с гастрошизисом имели низкую массу при рождении (в среднем = 2418 г) и были на границе доношенности (в среднем = 36,6 недель гестации). Практически всем женщинам было с антенатально выявленным пороком у плода выполнено кесарево сечение (93,9 %).

Оперативную коррекцию порока производили после короткой предоперационной подготовки (максимально приближая к 2 часам) после рождения. У 5 (15 %) детей имелись множественные врожденные пороки развития. 6 (18 %) детям выполнена отсроченная пластика передней брюшной стенки. Послеоперационная летальность с учетом МВПР составила 12 %.

Исходы лечения гастрошизиса не всегда предсказуемы в связи с рядом тяжелой сопутствующей патологии, множественными врожденными пороками несовместимыми с жизнью и осложнениями. Однако, сохранение жизни 88 % детей с данной патологией является основанием для дальнейшего поиска и совершенствования методов лечения.

НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЭНОЛАЗА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС

Шехова А.Н., Скоков Ю.М.

*Адыгейский республиканский клинический перинатальный центр
Майкоп*

Проблеме поиска объективных параклинических методов диагностики церебральных повреждений у новорожденных посвящено значительное количество публикаций. Инструментальные методы диагностики поражения ЦНС у новорожденных (ЭЭГ, компьютерная рентгеновская томография, нейросонография, доплеровская эхография и др.) не лишены некоторых недостатков и не всегда позволяют в полной мере оценить степень повреждения нервной ткани. В связи с этим ведётся интенсивный поиск надёжных иммунохимических маркеров патологических процессов в нервной ткани, особенно при воздействии такого неспецифического агента, как перинатальная гипоксия. Одним из перспективных направлений в этой области является разработка различных методов определения в сыворотке крови нейроспецифических белков, которые в норме не определяются и поступают в кровотоки лишь при нарушении проницаемости гематоэнцефалического барьера. Одним из таких белков является нейрон-специфическая энолаза (NSE).

Основной целью настоящего исследования явилась оценка диагностического значения определения в сыворотке крови новорожденных NSE как одного из наиболее ранних маркеров повреждения клеток головного мозга.

Для решения поставленной задачи проведено клиническое, параклиническое и иммунохимическое обследование 40 новорожденных с гестационным возрастом от 30 до 40 недель. Все они относятся к группе риска по развитию гипоксических перинатальных поражений ЦНС.

Наблюдавшиеся дети были разбиты на 3 основные группы:

25 (65 %) здоровых доношенных новорожденных, не имевших ни клинических, ни нейросонографических признаков перинатальных повреждений ЦНС. Оценка по шкале Апгар у них составила у них через 1 минуту – 7 и через 5 минут – 8 баллов. Однако в первые дни жизни в этой группе детей отмечались симптомы дизадаптации, а также минимальные изменения со стороны сосудов глазного дна.

11 (27 %) детей с клиникой церебральной ишемии I степени, связанной с различными соматичес-

кими заболеваниями в периоде новорожденности; средняя оценка по шкале Апгар у больных этой группы составила через 1 минуту 5 и через 5 минут 7 баллов. При НСГ выявлялись признаки перивентрикулярной ишемии.

4 (10 %) детей с тяжёлыми перинатальными повреждениями ЦНС. Оценка по Апгар 3-5 баллов, при НСГ выявлялась картина диффузных поражений паренхимы мозга, повышение её экзогенности, нечёткость визуализации борозд и извилин.

Анализ результатов показал, что у пациентов всех групп отмечалось повышение уровня NSE в крови пуповины. Однако если в первой группе детей ее уровень был повышен в 3 раза и составил $67,87 \pm 4,35$ нг/мл, то во второй $261,12 \pm 49,18$ нг/мл, а в третьей $101,80 \pm 11,30$ нг/мл.

Таким образом, определение концентрации NSE в сыворотке пуповинной и венозной крови чувствительный маркер возможно использовать для ранней диагностики ишемических повреждений ЦНС у новорожденных. Однако тяжесть ППЦНС не всегда коррелирует с уровнем повышения NSE, что нуждается в дополнительном исследовании.

ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эстрин В.В., Дударева М.В.

*Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росздрава
Ростов-на-Дону*

Несмотря на большие достижения фундаментальных наук, клинической медицины и практического здравоохранения, рост бактериальных осложнений остается важной проблемой в отделениях интенсивной терапии и реанимации новорожденных. Неонатальный сепсис до сих пор занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности среди новорожденных и остается медицинской, демографической и экономической проблемой в силу неуклонной тенденции к увеличению числа больных и стабильно высокой летальности.

В связи с этим ранняя и надежная диагностика неонатального сепсиса с целью его своевременного и успешного лечения приобретает особую актуальность. Ранняя диагностика неонатального сепсиса связана с большими трудностями из-за неопределенной и изменчивой клинической картины этого состояния. Кроме того, необоснованная антибактериальная терапия у этой уязвимой популяции создает условия для появления бактериальной резистентности и неблагоприятных исходов. Нашими исследованиями установлено, что моноциты новорожденных с септическими осложнениями в значительно меньшей степени экспрессируют HLA-DR+ (43,6 % и ниже), чем моноциты новорожденных без таковых (88,6%). Мониторинговое определение относительного содержания HLA-DR+ на моноцитах позволяет с высокой степенью вероятности диагностировать развитие неонатального сепсиса

у новорожденных детей на доклинической стадии. Полученные результаты позволяют оптимизировать интенсивную терапию путем проведения обособленной иммунотерапии.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГАЛЯЦИЯМИ ОКСИДОМ АЗОТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС- СИНДРОМОМ

Эстрин В.В., Александянц Т.А.

*Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росздрава
Ростов-на-Дону*

Актуальность: персистирующая легочная гипертензия (ПЛГ) является трудно поддающимся коррекции осложнением респираторного дистресс-синдрома (РДС) у новорожденных. Стратегия и тактика применения ингаляций оксида азота (NO) у новорожденных с тяжелым РДС не определены.

Цель исследования: нормализация газообменной функции легких и легочной гемодинамики у новорожденных с тяжелым РДС путем назначения ингаляций NO.

Пациенты и методы: в исследовании представлены результаты лечения ПЛГ ингаляциями NO у 16 новорожденных с РДС, находящихся на высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧИВЛ), родившихся в сроке гестации 39,1±1,1 недель, с массой тела 3500±250 грамм, с оценкой по Апгар

4,1±1,2 балла, поступивших в отделение реанимации, в среднем, через 12,6 часов после рождения. Диагноз ПЛГ был поставлен на основании данных эхокардиологического исследования, выявившего повышение среднего давления в легочной артерии до 44,28±3,62 мм рт.ст. и увеличение скорости трикуспидальной регургитации до 1,2±0,41 м/сек при функционирующем право-левом сбросе через фетальные коммуникации (аппарат Titan TM). Все новорожденные имели исходную гипоксемию pO₂ – 42,41±7,12 мм рт.ст. и гипокарбию pCO₂ – 27,6±5,42 мм рт.ст. (капиллярная кровь). Состояние центральной и легочной гемодинамики характеризовались тахикардией – ЧСС 165,2±12,43 в мин., повышением артериального давления (АД) – систолическое АД было в среднем 82,41±5,42 мм рт.ст. Исходный индекс оксигенации составил 19,51±4,11.

Результаты: ингаляции NO в концентрации 15 ppm в течение 24 часов позволили статистически значимо (p<0,05) снизить среднее давление в легочной артерии до 22,4±4,11 мм рт.ст., добиться лево-правого шунтирования и нормализовать газовый состав крови (pO₂ – 72,41±6,14 мм рт.ст., pCO₂ – 36,4±6,11 мм рт.ст. в капилляре; индекс оксигенации – 9,26±2,91). Средняя длительность применения NO составила 36,2 часа. Критериями отмены ингаляций NO явились нормализация индекса оксигенации, газового состава крови, снижение давления в легочной артерии и уменьшение скорости трикуспидальной регургитации. После сеанса ингаляций NO все пациенты переведены на традиционную ИВЛ. Летальных исходов не зарегистрировано.

Таким образом, применение ингаляций NO у новорожденных позволяет нормализовать газообмен и стабилизировать легочную гемодинамику.

Содержание

- 1. АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ**
- 17 СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ**
Андреев А.А., Пантелеев А.В., Атласов В.О.
- 18 ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОПОЭТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КОНЦЕНТРАТА ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**
Аппалуп М.В., Шевелева Г.А., Акиншина В.С., Борзыкина О.М.
- 18 РОЛЬ РЕКОМБИНАНТНОГО АКТИВИРОВАННОГО ФАКТОРА VII В ЛЕЧЕНИИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**
Баранов И.И., Холин А.М.
- 19 СОВРЕМЕННЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ РАСТВОРЫ**
Буланов А.Ю.
- 19 ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ И КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ В АКУШЕРСТВЕ**
Вартанов В.Я., Хуторская Н.Н., Ярославцев С.О., Ермакова Н.В.
- 20 ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ**
Ветров В.В., Лукина Е.Л., Долженкова Н.Л., Лукин А.В., Худяков А.В.
- 20 МАЛООБЪЕМНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**
Ветров В.В., Худяков А.В.
- 21 КЛИНИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**
Гурьянов В.А., Володин А.В., Толмачёв Г.Н., Маричик Н.В.
- 22 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ И ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ PROSEAL ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**
Долбнева Е.Л., Мизиков В.М., Васильковская Н.В.
- 23 НОВОЕ В БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСФУЗИЙ**
Жибурт Е.Б., Вергопуло А.А., Копченко Т.Г., Коде-нев А.Т., Шестаков Е.А., Губанова М.Н.
- 23 ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КРОВОПОТЕРЯХ В АКУШЕРСТВЕ**
Зайдуллоев Б.Б., Расулова Г.Т.
- 24 РЕИНФУЗИЯ И ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ В АКУШЕРСТВЕ**
Зайдуллоев Б.Б., Расулова Г.Т.
- 24 ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕКСАНА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**
Закирова Н.И., Сафаров А.Т., Мансуров А.Т.
- 26 КРИТЕРИИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**
Курбанова М.Х., Артыкова Н.П., Расулова Г.Т.
- 26 СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО НЕЙРАКСИАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ**
Назаренко Л.Г., Фесенко В.С., Настенко О.М.
- 27 ВЫБОР МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ**
Неймарк М.И., Геронимус В.Ю.
- 27 ПУРИНЫ КРОВИ И ЛИКВОРА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**
Орешников Е.В., Мадьянов И.В., Орешникова С.Ф.
- 28 СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В СОЧЕТАНИИ С LMAPROSEAL ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**
Петров С.В., Пырегов А.В.
- 29 АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**
Пырегов А.В., Гурьянов В.А.
- 29 СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ**
Рагимов А.А., Соловьева И.Н.
- 30 КРОВОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ**
Рогачевский О.В., Очан А.С., Стрельникова Е.В., Бакуридзе Э.М.

- 30 МОНИТОРИНГ БИСПЕКТРАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ**
Розентул И.Г., Маркин А.А., Ворошило О.В.
- 31 СБАЛАНСИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ**
Семенихин А.А., Кадыров Н.У., Халикова Г.Р., Баратова Л.З.
- 32 БЕЗОПАСНОСТЬ И РИСК В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ**
Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Комарец С.А.
- 32 РЕКОМБИНАНТНЫЙ ФАКТОР КОАГУЛЯЦИИ VIIA (НОВОСЭВЕН) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦЫ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ**
Федорова Т.А., Чернуха Е.А., Рогачевский О.В., Пучко Т.К., Фотеева Т.С.
- 33 ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННО – ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ**
Фомин М.Д.
- 33 ВЫРАЖЕННОЕ ОЖИРЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ**
Шифман Е.М., Тихова Г.П.
- 34 ЛЮМИНЕСЦЕНТНО-ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА**
Шорников А.И.
- 2. АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В НЕОНАТОЛОГИИ**
- 35 ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОПРОТЕКТНОГО ПРЕПАРАТА В ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ – ИШЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**
Антонов А.Г., Рогаткин С.О., Буркова А.С., Им В.Л.
- 35 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**
Антонов А.Г., Ленюшкина А.А.
- 36 ТАКТИКА ФОРСИРОВАННОЙ ДОТАЦИИ НУТРИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**
Байбарина Е.Н., Антонов А.Г., Ленюшкина А.А., Грошева Е.В.
- 36 СОСТОЯНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ**
Бенис Н.А., Самсонова Т.В.
- 37 РАННИЙ НАЗАЛЬНЫЙ СРАР У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**
Борисевич О.А., Ионов О.В., Антонов А.Г., Байбарина Е.Н.
- 37 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**
Буров А.А., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Хаматханова Е.М., Титков К.В., Теплякова О.В., Мацкевич Е.Г., Чусов К.П.
- 38 ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПАРЕ «МАТЬ-РЕБЕНОК» ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ НОВОРОЖДЕННОГО**
Гайнетдинов Т.М., Кутбутдинова М.Х, Сайфутдинова Ф.А., Лесникова Т.Г.
- 39 ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИ КОРРИГИРУЕМЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ**
Демидов В.Н., Кучеров Ю.И., Машинец Н.В.
- 39 ПРИНЦИПЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**
Дорофеева Е.И., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Сепбаева А.Д., Хаматханова Е.М., Подуровская Ю.Л., Машинец Н.В.
- 40 БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЮСНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СУРФАКТАНТ-БЛ**
Кривчанская Л.Ф., Ротару Д.И., Иешану В.И., Пынзарь Л.С., Брунък Л.И.

- 40 ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЛИПИРОВАНИЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**
Кучерова И.Ю., Крючко Д.С., Мовсесян Р.Р.
- 41 ТАКТИКА НЕОНАТОЛОГА ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ**
Кучеров Ю.И., Дорофеева Е.И., Жиркова Ю.В., Сепбаева А.Д., Хаматханова Е.М., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Титков К.В., Чусов К.П., Мацкевич Е.Г.
- 41 ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНТЕНСИВНУЮ РЕСПИРАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ**
Лелик М.П.
- 42 СТРУКТУРНЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АНЕМИИ И ДРУГИХ НАРУШЕНИЯХ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ**
Манылова Н.А., Агаева К.В., Резван С.Г., Логвинова И.И.
- 42 БОЛЮСНОЕ ВВЕДЕНИЕ СУРФАКТАНТА-БЛ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВТОРИЧНЫМ ДЕФИЦИТОМ СУРФАКТАНТА**
Немец В.Д., Тимофеева О.А., Копцева А.А., Тюменцева А.А.
- 43 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПРОКОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ВЫЯВЛЕННЫХ АНТЕНАТАЛЬНО**
Подуровская Ю.Л., Кучеров Ю.И., Машинец Н.В., Хаматханова Е.М., Дорофеева Е.И.
- 43 ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕКОМБИНАНТНЫМ ГРАНУЛОЦИТАРНЫМ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ**
Пухтинская М.Г., Эстрин В.В.
- 44 ШУМОВАЯ НАГРУЗКА ПРИ ИНТЕНСИВНОМ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**
Романенко В.А., Аверин А.П., Романенко К.В., Гаева А.И., Поляков А.В.
- 44 ВЕНТИЛЯТОР АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Романенко В.А., Романенко К.В.
- 45 ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Романенко К.В., Романенко В.А.
- 45 ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С ОНМТ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ**
Рябкова М.Г., Гребенников В.А.
- 46 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЖИМА ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ PSV+VG У ДЕТЕЙ С ОНМТ**
Рябкова М.Г., Гребенников В.А.
- 46 АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Сухих Г.Т., Бокерия Л.А., Антонов А.Г., Крючко Д.С., Мовсесян Р.Р., Рябцев Д.В., Захарченко А.Г., Ким А.И.
- 47 ВРОЖДЕННЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Сепбаева А.Д., Буров А.А., Титков К.В., Гордеева Е.А., Мацкевич Е.Г., Машинец Н.В.
- 47 ГАСТРОШИЗИС — ПРОСТОЙ И СЛОЖНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**
Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И., Фролова О.Г., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Сепбаева А.Д., Буров А.А., Титков К.В., Гордеева Е.А., Мацкевич Е.Г., Машинец Н.В.
- 48 НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЭНОЛАЗА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС**
Шехова А.Н., Скоков Ю.М.
- 48 ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**
Эстрин В.В., Дударева М.В.
- 49 ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНГАЛЯЦИЯМИ ОКСИДОМ АЗОТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ**
Эстрин В.В., Алексанянц Т.А.