23–25 ноября, 2020

XIII ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

ONLINE

Материалы конгресса

Конгресс-оператор

МЕДИ Экспо

XIII ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА
М., 2020 – 87 с.

Под редакцией:
Бурова А.А.,
Зубкова В.В.,
Калачина К.А.,
Пырегова А.В.

23–25 ноября 2020 года
г. Москва

ISBN 978-5-906484-58-1

© «МЕДИ Экспо», 2020

Анестезиология-реаниматология

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ВВЕДЕНИИ КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ НА ОСНОВЕ ЖЕЛАТИНА

Алферова Н.Б., Калачин К.А., Пырегов А.В., Филиппович Г.В.
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность

Одним из важнейших аспектов периоперационного ведения пациенток с гинекологической патологией является контроль гемостаза. На сегодняшний день остаётся до конца нерешенным вопрос влияния инфузионных растворов на свертывающую систему крови. По данным многочисленных исследований и мета-анализов доказано, что препараты гидроксиэтилкрахмала отрицательно влияют на показатели гемостаза. Напротив, сбалансированные кристалловидные растворы не имеют влияния на периоперационный гемостаз пациентов. В то же время недостаточно убедительных данных о влиянии препаратов желатина на свертывающую систему крови.

Цель

Сравнить характер изменений гемостаза при интраоперационном переливании коллоидных растворов на основе желатина и сбалансированных кристаллоидных растворов.

Материалы и методы исследования

Проспективное рандомизированное неконтролируемое исследование. Объект исследования: 30 пациенток от 20 до 40 лет, которым было проведено лапароскопическое вмешательство на придатках матки.

Критерии исключения: любая сопутствующая патология, периоперационная кровопотеря более 200 мл, оперативное вмешательство более 2 часов, миома матки, эндоме-

триоз, менометроррагии, наличие злокачественных новообразований, объём инфузионно-трансфузионной терапии более 1500 мл, применение ингибиторов фибринолиза.

Пациенты были разделены на две группы случайным образом. В первой группе (n = 15) инфузионная терапия проводилась только сбалансированными кристаллоидными растворами в рекомендуемых дозировках. Во второй группе (n = 15) 500 мл расчетного кристалловидного раствора замещалось на 500 мл коллоидного раствора на основе желатина; таким образом, во второй группе применялось сочетание коллоидных и кристаллоидных растворов. Оценка исходных показателей свертывающей системы крови проводилась методами тромбоэластографии и гемостезиограммы перед началом инфузионной терапии. Оценка изменений показателей свертывающей системы крови проводилась непосредственно после окончания периоперационной инфузионной терапии.

Результаты и заключение

В первой группе, где применялись сбалансированные кристаллоиные растворы, разница показателей ТЭГ до и после операции были незначительными, не наблюдалось тенденции к гипо или гиперкоагуляции: ΔR=1мин.: ΔK=30 сек.; ΔAngle=5o; ΔMA=5мм; ΔLYS30=1%. Разница показателей коагулограммы до операции по сравнению с исходным уровнем так же была незначительной. Во второй группе, где 500 мл расчетного кристаллоидного раствора замещалось на 500 мл коллоидного раствора на основе желатина показатели ТЭГ также не выходили за пределы нормальных значений. ΔR=0,7 мин.: ΔK=20 сек.; ΔAngle=3o; ΔMA=5мм; ΔLYS30=1% По сравнению с первой группой наблюдалась тенденция к гиперкоагуляции в пределах референсных значений. Также отмечалась разница показателей пред- и послеоперационной коагулограммы. В среднем ПТИ увеличивалось на 10%, МНО на 0,1, отмечалась тенденция к гиперкоагуляции, однако показатели не выходили за пределы референсных значений.

Кристаллоидные растворы являются оптимальными при интраоперационном использовании, так как значительно не влияют на показатели гемостаза. Коллоидные растворы на основе желатина также не оказывают клинически значимого влияния на свертывающую систему, однако по сравнению с кристаллоидными растворами вызывают большую тенденцию к гиперкоагуляции в пределах референсных значений.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Безнощенко О.С., Бакуридзе Э.М., Хачатрян Н.А., Есаян Р.М., Гаврилова Т.Ю., Козаченко И.Ф., Кречетова Л.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность

Озон успешно используется для лечения ряда вирусных заболеваний, в частности, таких, как Эбола и ВИЧ, гепатиты В и С. Высокий окислительный потенциал медицинского озона и иммуномодулирующее действие дает возможность предполагать, что озонотерапия при вирусной инфекции COVID-19 будет высокоэффективна. Системное воспаление, развивающееся за счет повышения провоспалительных цитокинов (ИЛ-1-β, ФНО-α и ИЛ-6), при COVID-19 является патофизиологическим триггером для активации системы гемостаза с последующим развитием тромботической микроангиопатиии (ТМА) и синдрома полиорганной недостаточности. В основе коагулопатии лежит дисфункция эндотелия и гиперкоагуляция (повышение фибриногена и Д-димера, активация фибринолиза), которая приводит к избыточному образованию фибрина в сосудах.

Цель

Оценить влияние озонотерапии на систему гемостаза у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 72 пациента, с подтвержденным диагнозом COVID-19, с легкой и средней степенью тяжести. Все пациенты проходили лечение в соответствии с Временными методическими рекомендациями МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции» (версия7). В 1-ю группу с комплексной терапией и озонотерапией включено 47 пациентов – 20 женщин и 27 мужчин, средний возраст 57,5 (55,0–61,0). Во 2-ю группу с комплексной терапией без озонотерапии включено 25 пациентов – 14 женщин и 11 мужчин, средний возраст пациентов составил 70 (50,3–73,0) лет (p>0,05). Пациентам 1-й группы проводили внутривенное введение озонированного (4–5 мг/л) физиологического раствора 400 мл, курс 6 процедур через день. Статистический анализ проводили с помощью программного

обеспечения Microsoft Excel и MedCalc® Software версия 14.8.1. Для оценки различий между группами использовали U-критерий Манна-Уитни. Исследовали периферическую кровь с цитратом натрия 3,2%. Определение фибриногена по Клауссу (ФБ), протромбинового времени (ПВ), АЧТВ, Д-димеров проводили на коагулометре ACLTOP 700 (Instrumentation Laboratory, США). Оценку скорости роста сгустка (V) осуществляли с помощью диагностической системы – «Регистратор тромбодинамики» (Гемакор, Россия).

Результаты и заключение

Проведена оценка параметров системы гемостаза в 2-х группах (с озонотерапией и без терапии озоном) в день поступления в стационар (до лечения) и за 1 или 2-ое суток до выписки (после терапии). Все параметры рутинных тестов (ФБ, ПВ, МНО, АЧТВ, Д-димер) оценки плазменного гемостаза не показали чувствительности к гиперкоагуляционным изменениям и не выявили отличий в сравниваемых группах ($p>0,05$). По данным интегрального теста «Тромбодинамика» в группе пациентов, которым проводилась терапия озоном, отмечается нормализация коагуляции – снижение скорости роста сгустка (V мкм/мин) в 1-й группе 20,76 (19,25–23,02), а во 2-й группе 24,56 (22,91–27,39) $p<0,05$.

Озонотерапия при комплексном лечении пациентов с COVID-19 способствует нормализации коагуляции.

ПРИМЕНЕНИЕ КЕТАМИНА 25 МГ КАК КОМПОНЕНТА ОБЩЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Гриднева М.А., Калачин К.А., Пырегов А.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность

Обезболивание и седативный эффект препаратов, применяющихся в анестезиологии, являются основными составляющими в периоперационном периоде. Кетамин был внедрен в практику в 60х годах 20 века и быстро завоевал популярность. Его

преимуществами, по сравнению с другими седативными средствами, являлись: выраженный аналгетический эффект, отсутствие угнетения гемодинамики, дыхательного центра и глотательного рефлекса, в связи с чем препарат стали активно применять как моноанестетик. Однако быстро выявились и его недостатки, в частности, негативное влияние на когнитивные функции, а также выраженные интра– и послеоперационные ажитативные реакции, интенсивность которых несколько снижалась при совместном применении с бензодиазепинами. Учитывая последнее, а также появление новых препаратов для седации, его применение к концу 20 века было резко ограничено. В связи с изучением сложных молекулярных и нейрофизиологических механизмов его действия спустя более 50 лет наблюдается ренессанс применения кетамина, но уже в качестве компонента общей анестезии.

Цель

Выявить преимущества и недостатки применения кетамина, как компонента общей комбинированной анестезии, при проведении лапароскопических оперативных вмешательств в гинекологии.

Материалы и методы исследования

Проспективное рандомизированное неконтролируемое исследование. Критерии включения: пациентки от 20 до 40 лет, которым было проведено лапароскопическое вмешательство на органах малого таза. Критерии исключения: любая сопутствующая патология, в том числе, избыточная масса тела, периоперационная кровопотеря более 500 мл, применение деполяризующих миорелаксантов, оперативное вмешательство более 2х часов.

Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом. В первой группе индукция анестезии проводилась пропофолом, фентанилом и рокуронием в рекомендуемых дозировках, анестезия поддерживалась десфлураном до 1 МАК, фентанилом и рокуронием в рекомендуемых дозировках. За 15 минут до окончания операции вводился кетопрофен 100 мг в/в. Во второй группе использовалась анестезия описанная выше, и через 5 минут после интубации трахеи вводился кетамин 25 мг в/в.

Оценка эффективности аналгезии проводилась по ВАШ через 15 минут и через 2 часа после экстубации трахеи, а также по необходимости применения трамадола в течение первых 2 часов после экстубации трахеи. Оценка уровня ажитации проводилась через 15 минут и через 2 часа после экстубации трахеи по шкале PANSS. Оценка когнитивных расстройств проводилась по шкале PANSS через сутки после оперативного вмешательства.

Результаты и заключение

В первой группе частота приема трамадола составила 80%. Оценка по ВАШ через 15 минут после экстубации в среднем составила 5 баллов; через 2 часа – 3. При оценки уровня ажитации по шкале PANSS через 15 минут после экстубации трахеи сумма баллов по шкале позитивных синдромов составила, в среднем, 2 балла, негативных синдромов – 14. Через 2 часа-0 и 5 баллов, соответственно. Во второй группе частота приема трамадола составила 50%. Оценка по шкале ВАШ через 15 минут после экстубации составила, в среднем, 1. При оценки уровня ажитации по шкале PANSS через 15 минут после экстубации трахеи сумма баллов по шкале позитивных синдромов составила, в среднем, 2 балла, негативных синдромов– 8 баллов. Через 2 часа – 2 и 4, соответственно. На следующие сутки после оперативного вмешательства не было отмечено увеличение негативных симптомов.

Применение кетамина 25 мг после интубации трахеи снижает интенсивность боли и потребность в дополнительном обезболивании в послеоперационном периоде и может быть рекомендовано к применению, в частности, при отсутствии возможности проведения адекватной послеоперационной мультимодальной аналгезии.

ПРИНЕМЕНИЕ ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА» ПРИ COVID-19: ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ И ВЫРАБОТКА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ЕЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ

Денисова Т.В., Пырегов А.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность

Пандемия COVID-19 охватила весь мир и унесла более миллиона жертв в течение 10 месяцев. Одним из быстро развивающихся тяжелых последствий новой вирусной инфекции являются множественные и сложные нарушения гемостаза у пациентов, которые часто приводят к летальным исходам. На данный момент нерешенной задачей является поиск маркеров гиперкоагуляции и осложнений, связанных со свертыванием крови, у пациентов на фоне течения новой коронавирусной инфекции.

Мы предполагаем, что применение интегральных тестов оценки свертывания крови, в частности, тест тромбодинамики, может дать новую оценку процессам изменения свертывания у пациентов с COVID-19.

Цель

Определить информативность и прогностическую значимость теста тромбодинамики в контроле инфекции в сравнении с другими лабораторными методами оценки гемостаза.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 1210 пациентов с COVID-19. Критериями включения пациентов были следующие параметры: согласие пациента или его представителя на участие в исследовании, установленный диагноз COVID-19, состояние пациента оценивается как средней тяжести, тяжелое или крайне тяжелое. Критериями исключения были: несоблюдение/нарушения протокола исследования, диагноз COVID-19 не подтвержден повторными исследованиями.

В процессе проведения исследования все пациенты получали терапевтические либо профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов (НМГ). У всех пациентов брали кровь на анализ в день поступления до первой инъекции гепарина и далее через 12 часов после введения антикоагулянта. У всех пациентов, включенных в исследование, было проведено сравнение информативности следующих лабораторных тестов – протромбиновое время, МНО, АЧТВ, фибриноген, D-димер, ТЭГ, тромбодинамика.

Результаты и заключение

Мы не обнаружили изменений АЧТВ, ПВ, МНО в ходе лечения пациентов. Уровень D-димера показал гигантскую вариабельность. Параметры ТЭГ отражают начало гепаринотерапии, однако при дальнейшем лечении все показатели ТЭГа возвращаются к исходному состоянию. Средняя скорость роста фибринового сгустка, регистрируемая методом тромбодинамики, по всем группам пациентов в день поступления была выше верхней границы нормы. После начала гепаринотерапии скорость роста сгустка заметно снижается и попадает в центр диапазона нормальных значений и остается там в течение всего лечения.

АЧТВ, ПВ, МНО не чувствительны к терапии низкомолекулярными гепаринами, а также к исходной гиперкоагуляции у пациентов при поступлении. D-димер оказался не чувствителен к гепаринотерапии низкомолекулярными гепаринами. Тромбодинамика позволяет достоверно оценивать состояние гемостаза у пациентов с COVID-19, как при поступлении в стационар, так и в ходе лечения на фоне проводимой гепаринотерапии.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ. ЧТО НОВОГО?

Дроздов Р.Г., Терентьев Н.В., Логунко К.П., Терентьева О.Н., Стяжкин А.А., Иванов А.А.
ГБУЗ РК "Ухтинский межтерриториальный родильный дом"
г. Ухта, Республика Коми

Актуальность

Несмотря на всё более широкое использование мультимодальной анальгезии в акушерстве, ситуация с послеоперационным обезболиванием пока далека от совершенства. Организация ранней реабилитации и обеспечение эффективного контроля боли стимулируют внедрение новых методов болеутоления после кесарева сечения (КС). В предыдущих работах мы оценили эффективность блокады квадратной мышцы поясницы (БКМП) под ультразвуковой навигацией (УЗН) в сравнении с системной анальгезией и блокадой поперечного пространства живота (БППЖ) для обезболивания после КС, а также эффективность данного метода для болеутоления наружного акушерского поворота плода на головку (НАПГ). Здесь, принимая во внимание результаты предыдущих работ, мы рассмотрели возможность использования БКМП под УЗН в периоперационном периоде (до операции кесарево сечение) для предупреждения развития послеоперационной боли.

Цель

Оценить эффективность и продолжительность действия блокады квадратной мышцы поясницы (БКМП) под ультразвуковой навигацией (УЗН), выполненной до кесарева сечения для упреждающей послеоперационной анальгезии.

Материалы и методы исследования

Период с 12.01.2020 по 28.09.2020 года. Плановое кесарево сечение (ПКС) поперечным разрезом под спинальной анестезией (СА). 15 пациенток (n=15). Периоперационное обезболивание: БКМП под УЗН (0,375% ропивакаин), выполненная в операционной до ПКС перед проведением СА и далее базисная системная анальгезия (НПВС + парацетамол) в послеоперационном периоде. Профилактика синдрома аорто-кавальной компрессии: во время манипуляции (БКМП под УЗН) использовалось положение пациентки на боку (левый/правый). Мониторинг состояния беременной (гемодинамика, дыхание, сатурация кислорода) и плода (КТГ) в периоперационном периоде. Критерии оценки: контроль интенсивности послеоперационной боли с помощью цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ) от 0 до 10 баллов в покое и при движении сразу при поступлении в палату ОАРИТ и через 2–4–6–9–12–18–24 часа после опера-

ции, потребность в опиоидных анальгетиках, возможность быстрой реабилитации (ранняя активизация после КС и перевод из ОАРИТ в послеродовое отделение для совместного пребывания с новорожденным и самостоятельного ухода за ним), комфорт и итоговая удовлетворённость обезболиванием, рекомендации другим беременным (которым предстоит КС), осложнения.

Результаты и заключение

Во всех случаях (n=15) жизненно – важные функции беременных, а в дальнейшем рожениц → родильниц были стабильными, а состояние плодов → новорожденных не страдало. Все пациентки остались довольны болеутолением, так как быстро реабилитировались: рано активизировались (вставали через 3 – 4 часа после КС) с оценкой боли по ЦРШ ниже 3 баллов, чувствовали себя комфортно, хорошо адаптировались и уже через 6 – 7 часов после кесарева сечения, учитывая желание, находились в палате послеродового отделения совместно с новорожденным и самостоятельно ухаживали за ним. Анализ интенсивности боли в течение суток подтвердил высокую эффективность и длительность действия БКМП. Все пациентки (n=15) на протяжении 24 часов и более после операции имели достаточный уровень анальгезии с оценкой боли по ЦРШ ниже 3 баллов в покое и при движении, чувствовали себя комфортно и не требовали назначения опиоидов, а также порекомендовали бы другим беременным, планируемым на оперативное родоразрешение, соглашаться на БКМП под УЗН до ПКС. Осложнений не было.

БКМП под УЗН, выполненная до кесарева сечения для упреждающей послеоперационной анальгезии, эффективна в плане болеутоления, действует длительно и уменьшает потребность в опиоидных анальгетиках, повышает комфорт и позволяет быстро реабилитироваться, создаёт оптимальные условия для грудного вскармливания и более раннего совместного пребывания матери с новорожденным; перспективна к использованию, так как упреждает, профилактирует и уменьшает послеоперационный болевой синдром, улучшает качество интраоперационного обезболивания и оптимизирует работу медицинского персонала в послеоперационном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПЕРБАРИЧЕСКОГО И ИЗОБАРИЧЕСКОГО БУПИВАКАИНА ДЛЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Заварзин П.Ж., Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Голубев В.В., Арабаджан С.М.
Областной перинатальный центр.
г. Ростов-на-Дону

Цель

Сравнение качества анестезии при использовании гипербарического и изобарического бупивакаина при операции кесарево сечение.

Материалы и методы

В нашем исследовании проанализированы 288 историй болезни рожениц, которым проводилась операция кесарево сечение в условиях спинальной анестезии. У 208 пациенток использовался гипербарический бупивакаин (1 группа), а во второй группе (80 женщин) изобарический бупивакаин.

Результаты

В обеих группах все технические особенности соответствовали: доза бупивакаина (0,5% 8–10 мг в зависимости от роста) в сочетании с фентанилом, уровень пункции L3 – L4 спинальной иглой pencil-point G25, всем проводилась эластическая компрессия нижних конечностей, преинфузия стерофундина 300 мл, с последующим введением (после пункции спинального пространства) еще 200 мл., угол наклона операционного стола влево на 15 градусов (до извлечения плода) и проводилась ингаляция кислорода через маску наркозного аппарата. При необходимости всем роженицам обеих групп вводились вазопрессоры и атропин. Всем пациенткам проводилось исследование АД, ЧСС, ЧД, Sp02, ЭКГ. При проведении сравнительного анализа между группами рожениц было установлено, что у всех обследуемых обеих групп был получен адекватный блок до Th5, причем у женщин 1 группы блок наступил через 10–14 минут, а у пациенток 2 группы – через 12–17 минут после введения бупивакаина. У 15 женщин 1 группы наблюдалась клинически значимая гипотензия (снижение АД более 10–15%), для стабилизации которой использовался наклон головного конца операционного стола, что достаточно быстро стабилизировало гемодинамические пока-

затели, и что указывает на возможность управления уровнем анестезии при использовании гипербарического бупивакаина. При сравнении состояния новорожденных в обеих группах нами не было выявлено различий в оценке по шкале Апгар. Все пациентки обеих групп отмечали хорошую переносимость и отсутствие дискомфорта.

Заключение

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у всех рожениц обеих групп был достигнут адекватный уровень анестезии. Нами не было отмечено существенных преимуществ качества анестезии в какой-либо группе, однако возможность влиять и управлять анестезией у рожениц 1 группы, все же дает право преимущественного использования гипербарического бупивакаина.

ТЕРАПИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Когаринова Е.В., Пырегов А.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность

Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) – это пандемия, сопровождающаяся значительной смертностью и отсутствием специфической терапии в настоящее время. Огромное значение имеет поиск новых методов лечения в развивающейся эпидемиологической ситуации по всему миру.

Цель

Оценить эффективность терапии иммуноглобулинами, вводимыми внутривенно, при лечении тяжелобольных пациентов с инфекционными осложнениями и острым респираторным дистресс синдромом, вызванными COVID-19.

Материалы и методы исследования

В проспективное исследование было включено 17 пациентов, наблюдающихся с лабораторно подтвержденным COVID-19 и острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), которые отвечали следующим критериям: пневмония с быстрым прогрессированием и постоянно высокой вирусной нагрузкой, несмотря на противовирус-

ное лечение; PaO2/FiO2 <300; требующих респираторной поддержки. Производилась оценка клинического статуса, продолжительность пребывания в отделении, частота инвазивной ИВЛ, частота развития синдрома полиорганной недостаточности, динамика лабораторных показателей (СРБ, ПКТ, ферритин, лейкоциты, Д-димер, антитромбин III, печеночные ферменты). Исследование проводилось в отделении анестезиологии и реанимации ФГБУ «НМИЦАГП им В.И. Кулакова» с 23 апреля 2020 года по 29 июня 2020 года. Сравнивались клинические и лабораторные результаты до и после введения иммуноглобулинов на 1,3,7 дни и последующую неделю.

Результаты и заключение

Контроль состояния пациентов и лабораторных показателей пациентов на 1,3, 7 дни и каждую последующую неделю в целом выявил значительное улучшение клинического статуса и уменьшения маркеров воспаления, что свидетельствовало об уменьшении вирусной нагрузки на каждого из пациентов и показало эффективность иммуноглобулинов.

В предварительной неконтролируемой серии случаев 17 пациентов в тяжелом состоянии с COVID-19 и ОРДС введение иммуноглобулин, сопровождалось улучшением их клинического статуса. Ограниченный размер выборки и дизайн исследования не позволяют сделать окончательное заявление о потенциальной эффективности этого лечения, и эти наблюдения требуют оценки в клинических испытаниях.

РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Михайлова В.Д., Пырегов А.В., Рогачевский О.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность

Массивная кровопотеря – ведущая причина материнской смертности в мире. Частота врастания плаценты, как и частота оперативного родоразрешения (как одного из факторов, предрасполагающих к аномалиям плацентации) постоянно увеличивается. Наиболее часто течение беременности у пациенток с врастанием плаценты осложняется наличием анемии и повышенным объемом интраоперационной кровопотери. Диагностика и коррекция предоперационной анемии, современные методы

снижения интраоперационной кровопотери позволяют наиболее бережно сохранить кровь пациента и избежать серьезных осложнений послеоперационного периода. Данные методы являются основными ступенями концепции менеджмента крови пациента, а внедрение в акушерскую практику имеет особое значение, особенно у пациенток с повышенным риском кровотечения.

Цель

Оценить роль предоперационной коррекции анемии у пациенток с врастанием плаценты.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 82 историй родов пациенток с врастанием плаценты, которые были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 35 пациенток с исходно нормальным уровнем гемоглобина, не потребовавшие коррекции анемии на предоперационном этапе. Группу 2 составили 38 пациенток с предоперационной анемией, которые были разделены в зависимости от выбранной терапии на две подгруппы. Группа 2а – 25 пациенток (65,8%) с коррекцией анемии пероральными препаратами железа и группа 2б – с коррекцией внутривенными препаратами железа – 13 пациенток (34,2%). Пациентки со сверхмассивным объемом кровопотери (более 2500,0 мл) были исключены из анализа.

Оперативное родоразрешение производилось путем донного кесарева сечения с метропластикой и комплексным компрессионным гемостазом. Анестезиологическим обеспечением выбора считалась регионарная анестезия. При оперативном вмешательстве у всех пациенток производилась интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов. Оценивались объём кровопотери, динамика уровня гемоглобина, частота перехода на общую анестезию.

Результаты и заключение

Статистически сравниваемые группы по возрасту не отличались и в среднем распределились в диапазоне: группа 1 – 34,2 ±4,5 лет; 2а – 35,1 ± 3,6 лет; 2б – 33,6 ± 5,8. Предоперационная анемия осложнила течение беременности у 38 (46,3%) пациенток.

Исходная концентрация гемоглобина в группе 1 составила 115±11,4 г\л с медианой 114 г\л; в группе 2а – 105,2 ± 8,8 г\л с медианой 107 г\л; в группе 2б – 97,9±6,6 г/л, медианой 99 г/л.

Три пациентки из группы 1 развили массивные кровотечения, что потребовало перехода с регионарной анестезии на общую. В то же время в остальных группах ни одного случая смены анестезиологической тактики не было.

Объем интраоперационной кровопотери в группе 1 составил 1136 ± 643 мл с медианой 800 мл; 2а – 1078 мл ± 445 мл с медианой 1000 мл; 2б – 1140 ± 510 мл с медианой 1100 мл.

Концентрация гемоглобина в первые сутки после оперативного родоразрешения в группе 1 составила – 101,5 ± 19,9 г/л с медианой 102 г/л; в группе 2а – 98 ± 9,35 г/л с медианой 101 г/л; в группе 2б – 85,2 ±8 г/л с медианой 86 г/л. Результаты свидетельствуют о значимом снижении концентрации послеоперационного гемоглобина в группе 2б.

При анализе исходной и конечной концентрации гемоглобина, объёма кровопотери выявлено, что в группе с внутривенной коррекцией анемии не были достигнуты целевые нормативные концентрации для третьего триместра, что объясняет более низкие концентрации послеоперационного гемоглобина несмотря на сопоставимые объемы кровопотерь. С целью достижения нормативных значений концентрации гемоглобина при анемии средней и тяжелой степени терапия пероральными и внутривенными препаратами железа должна быть назначена заблаговременно.

Смена анестезиологического пособия имела место только в группе без предварительной подготовки, что позволяет сказать о неадекватной оценке риска и предположить у них наличие железодефицитных состояний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Нитченко А.В., Пырегов А.В., Рогачевский О.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Актуальность проблемы

Влияние пандемии COVID-19, вызванной SARS-CoV-2, на человека неизмеримо. Цитокиновый шторм, тромбообразование и сепсис – основные причины патологического процесса и смертности. Экстракорпоральные методы могут включать плазмообмен, адсорбцию, перфузию и фильтрацию медиаторов воспаления и за счёт своего патогенетического действия потенциально могут оказывать положительное влияние на гомеостаз, реологические, иммуннологические свойства крови. Однако,

применение этих методов у пациентов с COVID-19 все еще не получило широкого распространения, и необходимы дальнейшие исследования.

Цель

оценить эффективность экстракорпоральных методов исследования у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы исследования

Ретроспективное исследование. Объектом исследования явились истории болезней пациентов с подтверждённым диагнозом COVID-19. Критерии включения: возраст от 57 до 67 лет, инвазивная ИВЛ >3 суток. Критерии исключения: ИМТ > 35, исходное наличие заболеваний свёртывающей системы крови, наличие злокачественных новообразований, исходное наличие заболеваний нервно-мышечной системы, ОНМК и ОКС в анамнезе, пациенты с установленными ранее психическими расстройствами, ОПП по KDIGO 2 стадии и выше, рефрактерный шок, стойкая рефрактерная лихорадка.

Пациенты были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 29 пациентов, которым не проводились экстракорпоральные методы детоксикации. Во группу 2 вошли 24 пациента, которым проводились: плазмообмен, гемосорбция цитокинов, плазмообмен в сочетании с гемосорбцией ЦТ.

В обеих группах исходно и через 72 часа оценивались: СРБ, ферритин, ЛДГ, D-dimer, ПКТ, наличие симпатомиметической поддержки, PaO2/FiO2, лактат, APACHE II.

Также оценивались смертность и 28-дневная выживаемость, количество койко-дней, продолжительность инвазивной ИВЛ, наличие стойкой неврологической симптоматики после выписки, тромбоэмболические осложнения, ЖКК.

Результаты и заключение

Исходные исследуемые показатели статистически достоверно не различались. Средняя исходная концентрация СРБ 125,24 ± 11,92 мг/л. Ферритин 1550,86 ± 54,78 мкг/л. ЛДГ 841,41 ± 23,12 Ед/л, D-dimer 17000 ± 230,81 нг/мл, ПКТ 14,32 ± 3,1 нг/мл, исходная частота применения симпатомиметической поддержки в обеих группах также статистически достоверно не различалась и составила в среднем 74,54 % и 72,67% в 1 и 2 группах соответственно, РИ 123±12, APACHE II 34±5 баллов, лактат 3,2±1,2 ммоль/л.

Исследуемые показатели через 72 часа. В группе 1 концентрация СРБ 125,24 – 96,44 мг/л – снижение на 23%, Ферритин 1550,86 – 1265,7 Ед/л – снижение на 19%, ЛДГ 841,41– 588,98 нг/мл – снижение на 30%, D-dimer 17000 – 14280 нг/мл – снижение на 16%, ПКТ 14,32 – 13,03 нг/мл – снижение на 9%, снижение потребности в вазопрессорах с 72,67 % – 58,14% снижение на 20%, РИ 123 – 137 – увеличение на 10,22%,

APACHE II 34 – 31 баллов – уменьшение на 8,83%, лактат 3,2 – 2,6 ммоль/л – уменьшение на 18,75%.

В группе 2 концентрация СРБ 125,24 – 66,1 мг/л – снижение на 47%, Ферритин 1550,86 – 777,41 Ед/л – снижение на 49%, ЛДГ 841,41 – 344,97 Ед/л – снижение на 41%, D-dimer 17000 – 9010 нг/мл – снижение на 47%, ПКТ 14,32 – 7,44 нг/мл – снижение на 52%, снижение потребности в вазопрессорах с 72,67% пациентов до 21,08% – снижение на 71%, РИ 123 – 174 – увеличение на 29,31%, APACHE II 34 – 26 баллов – уменьшение на 23,53%, лактат 3,2 – 1,6 ммоль/л – уменьшение на 50%.

В 1 группе количество койко-дней составило 33±9 дней, продолжительность инвазивной ИВЛ составила 26±6 дней, наличие стойкой неврологической симптоматики после выписки отмечалось у 16±4% пациентов, тромбоэмболические осложнения встречались в 65±13% случаев, ЖКК отмечались у 19±4% пациентов, 28-дневная выживаемость 15,7±3,2%, смертность 35±8%.

В 2 группе количество койко-дней составило 22±5 дней, продолжительность инвазивной ИВЛ составила 15±5 дней, наличие стойкой неврологической симптоматики после выписки отмечалось у 9±2% пациентов, тромбоэмболические осложнения встречались в 45±9% случаев, ЖКК отмечались у 6±2% пациентов, 28-дневная выживаемость 24±4%, смертность 20,8±6%.

Пациентам, которым проводились описанные методы детоксикации, интенсивность цитокинового шторма достоверно снижалась в сравнении с 1 группой, где данные методы не проводились, что позволило повысить 28-дневную выживаемость и снизить смертность. Необходимы дальнейшие исследования.

ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА ГЕМОРЕОЛОГИЮ У БОЛЬНЫХ С СЕПСИСОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Рахимов А.Т., Алиева М.Дж., Рахимова Ш.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино г. Душанбе, г. Нижний Новгород

Цель

Изучить влияние легких на гемореологию по вено-артериальной разнице у больных сепсисом в послеродовом периоде.

Материалы и методы

140 больных в зависимости от уровня интоксикации по шкале sepsis-related organ failure (SOFA) условно разделили на три группы. Исследовали смешанную венозную кровь (СВК) и артериальную кровь (ОАК). Проведено исследование гемоглобина (Нв), гематокрита (Ht), фибриногена и вязкости крови (ВТГА).

Результаты

Придается большое значение изменению реологических свойств крови у больных с сепсисом в послеродовом периоде.

У больных 1 группы определялось уменьшение величин вено-артериальной разницы гемоглобина, гематокрита, вязкости крови, но при этом наблюдалось уменьшение содержания фибриногена (P>0,5) при появлении у 90% больных положительной ВТГА, что свидетельствует о начале развития компенсированного нарушения реологических свойств СВК и ОАК.

У больных 2 группы, в отличие от пациентов 1 группы, состояние реологических свойств СВК и ОАК отличалось тем, что наблюдалось более усиленное поглощение легкими фибриногена (на 15%, P<0,01), агломерация эритроцитов. У 100% больных выявлялась положительная ВТГА, что свидетельствует об субкомпенсированном нарушении влияния легких на гемореологию.

У 3 группы больных нарушения гемореологической функции легких, в отличие от пациентов 1 и 2 групп, отмечается ухудшением реологических свойств СВК и ОАК. Это проявляется увеличением вязкости ОАК на 15%, поглощением фибриногена легкими (на 15%, P<0,01) и усилением гемагломерации, что свидетельствует о декомпенсации.

Развивающийся в легких ДВС-синдром во 2 и 3 группах усиливает генерацию тромбина, который в свою очередь усиливает повреждения эндотелия легочных капилляров и клеток крови. Из поврежденных мембран тромбоцитов выделяются простагландины, обладающие мощным агрегирующим действием на тромбоциты, что в еще большей степени способствует агрегации последних. Расстройства микроциркуляции ведут к ишемизации участка кровоснабжения, развитию ацидоза и накоплению метаболитов обмена. Отложение фибрина в микрососудах еще больше нарушает микроциркуляцию.

Заключение

Установлено, что выше представленные данные позволяют заключить, что легкие выполняют функцию по улучшению реологических свойств притекающей крови. Нарушение участия легких в регуляции реологии крови у больных с сепсисом в послеродовом периоде происходит постадийно: I стадия – компенсированная, II

стадия – субкомпенсированная и III стадия – декомпенсированная. Определение степени участия легких в регуляции реологии имеет диагностическое и прогностическое значение.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬНЫХ COVID-19

Садыков В.Ф., Пырегов А.В., Полтавцева Р.А.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва.

Актуальность

Для выработки алгоритма эффективного лечения тяжелых форм COVID-19 требуется детальное понимание патогенеза инфекции. Приоритетной задачей является определение ранних признаков гипервоспалительного состояния, связанного с тяжелым острым респираторным синдромом. Учитывая накопленный опыт, необходимо выявление маркеров ранней диагностики тяжелого течения новой коронавирусной инфекции у пациентов высокого риска, создание алгоритма применения терапевтических средств, основанных на коррекции иммунной системы. В исследовании проводился количественный и качественный анализ субпопуляций лимфоцитов крови, уровня цитокинов в сыворотке крови, а также продукции антител у больных с тяжелой формой COVID-19. Эти показатели сравнивались с показателями врачей, непосредственно контактирующих с больными (подвергшихся вирусной нагрузке).

Цель

Определение маркеров ранней диагностики тяжелого течения коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов высокого риска и повышение эффективности интенсивной терапии коронавирусной инфекции COVID-19 тяжёлого течения.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 40 человек: пациенты с тяжелым течением COVID-19; врачи, контактирующие с больными COVID-19. В первую группу были включены пациенты с тяжелым течением COVID-19 (20 человек); во вторую группу включены врачи, контактирующие с больными COVID-19 (20 человек).

Критериями включения в группу стали: для первой группы – пациенты с тяжелым течением COVID-19: положительный ПЦР-тест на COVID-19, ЧДД более 30 раз в минуту, SpO2 ≤ 93%, респираторный индекс PaO2/FiO2 ≤ менее 300 мм. рт. ст., КТ-признаки пневмонии. Для второй группы (врачи, контактирующие с больными COVID– 19): отрицательный ПЦР-тест на COVID-19. Критерии исключения для всех участников исследования (для всех групп): отказ от участия в исследовании на любом из этапов.

Всем больным проведен клинический анализ крови, оценены уровни С-реактивного белка, ферритина, прокальцитонина и Д-димеров в сыворотке крови. Анализ «цитокинового шторма» в сыворотке крови проведен набором MilliPLex с помощью цитометрических бус (41 фактор).

Результаты и заключение

Анализ концентрации 41 гуморального фактора, проведенный в сыворотке крови доноров с помощью цитометрического набора Milliplex, показал наличие трех групп белков, различающихся по концентрации: факторы с концентрацией от 200 до 15000 пг/мл (n=10); факторы с концентрацией от 10 до 100 пг/мл (n=6) и факторы с концентрацией от 0 до 10 пг/мл (n=15).

К первой группе относятся Eotaxin, GRO, MDC, PDGF-AA, sCD40L, CXCL10, MCP-1, RANTES и VEGF. Все белки этой группы являются хемокинами или ростовыми факторами, контролирующими гомеостаз крови. У больных повышался уровень GRO, PDGF-AA, CXCL10, MCP-1 и RANTES, в среднем в 3,7 раза.

Ко второй группе относятся G-CSF, IL-1RA, IL-1a, TNF-a, EGF и FGF-2 IL-8, MIP-1a, MIP-1b, IL-7. Факторы этой группы можно отнести к первой линии защиты против инфекции. У больных повышался уровень G-CSF, FGF-2, IL-8, MIP-1a и, TNF-a в среднем в 2,4 раза.

Наибольшие изменения наблюдали в последней группе, к которой относится большинство цитокинов: GM-CSF, TGF-a, IL-6, 12, 10, 15, IL-17A, IFNa2, IFN-g, FLT-3L, TNF-b и MCP3. У больных резко повышался уровень ИЛ-6 и ИЛ-10 в 32 и 12 раз соответственно, а уровень MC3-3 в 8 раз. Различий по другим факторам не было выявлено. Ряд факторов, ИЛ-1b, 2, 3, 5, 9, 13, не выявлялся ни у кого из исследуемых.

Показана общая картина воспаления, характеризующаяся повышением уровней СРБ, ферритина, Д-димеров и прокальцитонина. Выявлена трехуровневая активация лейкоцитов и клеток эндотелия с доминирующим влиянием хемокинов CXCL10 и MC3-3 и цитокинов ИЛ-6 и 10.

АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА ВТОРОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Спиридонова Н.В., Каганова М.А., Лиходедова В.А. Петянова В.А., Денисова Н.Г., Сыресина С.В., Артюх Ю.А.

ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России
г. Самара

Цель

Цель исследования: изучение резервов снижения частоты операции кесарево сечение с применением шкалы Робсона и основных показаний к кесареву сечению.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 988 историй родов из общего числа родов 3963, где родоразрешение было выполнено путем операции кесарево сечение (24,9%) за 2019г. на базе ГБУЗ ГКБNo1 им. Н.И.Пирогова г.Самара. Учитывались в анализе показания к оперативному вмешательству, паритет родов, экстренность операции.

Результаты

Частота экстренных операций составляет 321 случаев (32,5%), из них у 178 первородящих (55,4%) и у 143 повторнородящих (44,6%), плановых – 667 случаев (67,5%), из них первородящие – 257 пациентки (38,5%), повторнородящие – 410 пациентки (61,5%).

Частота кесаревых сечений в 1 группе составила 12,2%, во второй – 56%, что почти в 2 раза выше целевых показателей этой группы, в 3 группе – 2,9%, в 4 группе – 21,5%, в 5 группе – 91,6% (в Европейских клиниках этот показатель составляет около 75%), в 6 группе – 91,9%, в 7 группе – 92,5%, в 8 группе – 76% (в Европейских клиниках этот показатель составляет около 50%), в 9 группе – 100%, в 10 группе – 32,5%.

Основным показанием к оперативному родоразрешению у повторнородящих служило наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения – 380 случай (68,7%). Преждевременная отслойка плаценты, кровотечение, как абсолютное показание, было у 12 первородящих пациенток (1,2%). Неправильное положение плода, в том числе тазовое, имели место 28 первородящих женщин (2,8%) и у 12 повторнородящих (1,2%). Оперативное родоразрешение по поводу многоплодной беременности было выполнено у 19 пациенток (1,9%). В результате отсутствия эффекта от подготовки шейки матки к родам в сроке 41 неделя и более оперативно было родоразре-

шено 29 пациентки (2,9%), в результате плодово-тазовой диспропорции – 13 (1,3%) женщины и из-за анатомических препятствий для родов через естественные родовые пути – 11 (1,1%). По поводу тяжелой преэклампсии прооперировано 24 пациентки (2,4%), при чем у 19 из них были преждевременные роды, 12 (1,2%) – по поводу соматической патологии, требующей исключения потужного периода. По поводу ВИЧ-инфекции родоразрешено 12 пациенток (1,2%). В 19 случаях (1,9%) показаниями к оперативному родоразрешению послужили возраст первородящих и применение ВРТ, и 32 (3,2%) первородящих пациенток были прооперированы по сочетанию относительных показаний. В 43 случаях (4,3%) показанием для кесарева сечения было отсутствие эффекта от родоусиления. Чаще всего у первородящих показанием к операции служил дистресс плода в родах – 172 (17,4%).

Заключение

Таким образом, снижение частоты кесаревых сечений возможно за счет увеличения частоты родов через естественные родовые пути за счет пациенток с рубцом на матке, многоплодных беременностей, оптимизации сроков и методов индукции родов.

ОПТИМИЗАЦИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Безверхий А.А., Карташева С.В. Арабаджан С.М.

ГБУ РО «Перинатальный центр»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Оптимизация качества спинальной анестезии при операции кесарево сечение.

Материалы и методы

1й группе (450 женщин) при выполнении СМА профилактически вводили атропин, дексаметазон, вазопрессоры. 2й группе (4800 женщин) дополнительно наклоняли головной конец операционного стола на 5–10о. В обеих группах СМА проводилась бупивакаином 8–12 мг, аорто-кавальная компрессия профилактировалась наклоном операционного стола влево на 15о

Результаты

Анализ проведенных исследований показал, что у всех женщин обеих групп развился адекватный спинальный блок, однако у 27 женщин 1 группы наблюдался психоэмоциональный дискомфорт в течение всей операции, однако гемодинамические показатели были стабильные. У всех женщин 2 группы наблюдался удовлетворительный психоэмоциональный комфорт, стабильные показатели гемодинамики в течение всей операции.

Заключение

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод о том, что использование алгоритма действий (преинфузия 300 мл изотонического раствора стерофундина, профилактическое введение атропина, дексаметазона, мезатона) профилактирует возможные риски развития аортокавальной компрессии и способствует стабилизации показателей гемодинамики и улучшает психоэмоциональный комфорт в течение всей операции.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ С ПОМОЩЬЮ НИЗКОДОЗНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М.

ГБУ РО «Перинатальный центр»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Изучить эффективность использования низкодозной спинальной анальгезии у рожениц с выраженным болевым синдромом и открытием шейки матки более 5–6 см.

Материалы и методы

Проведен анализ 87 обезболиваний родов с помощью спинальной анальгезии. Методика проведения пункции спинального пространства стандартная с использованием анестетика «Маркаин Спинал Хэви» в дозе 5–7 мг на уровне L3 – L4 с использованием игл диаметром 25–27 G.

Результаты

У всех рожениц развилась анальгезия с адекватным уровнем обезболивающего эффекта, который развился уже через 3–5 минут после введения местного анестетика. Показатели гемодинамики у всех женщин были стабильными в течение всего периода родов и в дополнительной коррекции не было необходимости. Не было отмечено и жалоб на тошноту и рвоту. Длительность обезболивания составила 110–150 минут и к моменту родов негативного воздействия на родовую деятельность отмечено не было.

Заключение

Анализ проведенных исследований свидетельствует о высокой эффективности и целесообразности обезболивания родов с помощью низкодозной спинальной анальгезии у беременных с развившейся родовой деятельностью, сопровождающейся интенсивным болевым синдромом и открытии шейки матки более 5–6 см.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ

Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В.,Голубев В.В., Пинчуков А.В., Арабаджан С.М.
ГБУ РО «Перинатальный центр»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Провести анализ эффективности оценки волемического статуса и восприимчивости к инфузионной нагрузке после акушерских кровотечений.

Материалы и методы

Обследованы 147 рожениц в возрасте 22–42 года, у которых отмечалась кровопотеря в родах в объеме 1–3 л. Для оценки волемического статуса и восприимчивости к инфузионной нагрузке всем пациенткам проводили тест с минимальной пробной инфузией и ортостатическую пробу с поднятием головного конца на 45.

Результаты

Все женщины распределены на 2 группы: 1 группа (55 женщин) которым была продолжена инфузия жидкостей и 2 группа (92) – дальнейшая инфузия была закончена. Всем пациенткам проводили общеклинические методы обследования (АД, ЧСС,

ЧД, ЦВД, ЭКГ, пульсоксиметрия, гемоглобин, гематокрит, диурез, сатурация, КОС, электролиты крови, показатели гемостаза). У всех пациенток обеих групп не было выявлено существенных различий, отмечались стабильные показатели гемодинамики, гемостаза и лабораторных показателей. После окончательной остановки кровотечения и стабилизации основных показателей, и в первую очередь гемостаза, проводили тесты оценки состояния волюмии. Дальнейшее решение о проведении инфузионной терапии зависело от результатов проводимых классических тестов. Проведение «классических тестов» (тест с минимальной инфузионной нагрузкой и тест с поднятием ног) позволили диагностировать у пациенток 1группы наличие гиповолемии, в связи с чем инфузионная терапия была продолжена (сбалансированные кристаллоидные растворы), а во 2 группе – состояние нормоволемии. Время пребывания всех пациенток обеих групп составило не более 2 суток.

Заключение

Проведение данных тестов оценки волемического статуса и восприимчивости к инфузионной нагрузке позволило выявить группу пациенток с наличием гиповолемии независимо от стабилизации гемодинамических и лабораторных показателей. Использование данных тестов позволяет профилактировать возможные осложнения при проведении инфузионной терапии после акушерских кровотечений.

Организация медицинской помощи новорожденным

АНАЛИЗ АКУШЕРСКОГО ЭТАПА СЛУЧАЕВ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Каганова М.А., Спиридонова Н.В., Лиходедова В.А., Петянова В.А., Денисова Н.Г.
ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России
г. Самара

Цель

Целью работы было провести анализ ведения пациенток на акушерском этапе случаев ранней неонатальной смертности.

Материалы и методы

Нами были проанализированы 38 случаев ранней неонатальной смерти новорожденных (РНС) за 2019 год.

Результаты

Распределение по срокам от общего количества случаев РНС было следующим: 22–24 недели – 10,5%, 24–28 недель – 26,3%, 28–32 недели – 5,3%, 32–34 недели – 7,8%, 34–37 недель – 5,3%, 37–41 неделя – 39,5%, больше 41 недели – 5,3%. При этом показатель РНС в зависимости от массы тела новорожденных был следующим: 500–749г – 361%0, 750–999г – 207%0, 1000–1499г – 44,6%0, 1500–1999 – 11,6%0, 2000–2999г – 2%0, 3000–3499 – 0,32%0, 3500–4000 – 0,73%0, более 4000 – 0,25%0.

По данным Самарской области основные причины заболеваемости и смертности новорожденных массой при рождении до 1000 г являются инфекционные заболевания (57%) и внутрижелудочковые кровоизлияния (28,5%), свыше 1000г на 1 место выходит внутриутробное инфицирование (25%), респираторные нарушения (8,3%), ВПР (8,3%). У 6 доношенных детей причинами смерти являлись преимущественно

инфекционные заболевания и сепсис (35%). В 4 случаях имелась мекониальная аспирация, при чем срок гестации в 2 случаях был менее 40 недель.

Адекватное выявление и лечение инфекций мочевыводящих путей во время беременности является актуальным вопросом в улучшении показателей перинатальной заболеваемости и смертности, так 8 случаев из 38 беременных имели инфекции мочевыводящих путей, при чем 4 из них доношенные беременности. У 9 пациенток имелись признаки рецидивирующего кольпита и цервицита. Так же у пациенток имелись признаки ИЦН (50%), коррекция не принесла желаемого результата, что повлекло за собой преждевременные роды. В целом современная тактика в ведении пациенток с преждевременными родами соответствует разработанным стратегиям ВОЗ «Рожденные слишком рано» (2012г.).

Заключение

Заключение: необходимо уделять максимальное внимание санации очагов хронической инфекции, коррекции ИЦН и адекватному контролю за состоянием плода при доношенной беременности: КТГ, УЗИ, УЗДГ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКИМ ВЕСОМ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКИМ ВЕСОМ И С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Саркисян Е.А.[1], Асатрян А.Р.[2], Кочарян А.Н.[2]

1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

2 Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка г. Москва, г. Ереван

Цель

Оценка особенностей течения неонатального периода у недоношенных новорожденных с ОНВТ и ЭНВТ при рождении и имеющих ЗВУР.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй развития 48 новорожденных с ОНВТ и ЭНВТ, имеющих ЗВУР, рожденных в период 2016–2020гг. Диагностика нарушений

роста и развития новорожденных проведена при помощи оценки основных антропометрических параметров. Возраст матерей 25,4±8,4 года.

Результаты

В соматической патологии матерей превалируют заболевания сердечно – сосудистой системы, нарушения свертываемости крови, инфекции мочевыводящих путей, нарушения функции щитовидной железы. Среди акушерских и гинекологических заболеваний превалируют преэклампсия, гипертензия беременных, воспалительные заболевания придатков, также хроническая фетоплацентарная недостаточность у 39(81,5%). 35-х(72,9%) случаях дети родились путем операции кесарева сечения. Дети родились от беременности 27–34 недель, имели вес 1003±237 (660–1500). Превалирует асимметричный ЗВУР. От многоплодной беременности родились 9(18,75%). Дети с ЗВУР имеют низкий Апгар (4,5±1,2бб.), по сравнению с их сверстниками по гестационному возрасту(5,8±1,3). Респираторные расстройства оценены по шкале Даунса 7,9±1,2бб. Респираторная терапия включала в основном ранний назальный CPAP и у 5 пациентов назальные канюли с оптимизированным потоком, и только в 4 случаях (8,3%) изначально проводилась механическая вентиляции легких. У 4(8,3%) отмечается неэффективность CPAP. Средняя длительность кислородотерапии 18,1±3,7 дней, которая чуть больше, чем длительность у сверстников по гестационному возрасту (17,3±3,6), и меньше, чем у детей соответствующих гестационному возрасту и имеющих идентичный вес при рождении (29,9±4,8). Частота развития полицитемии(12,5%), НЭК (12,5%), гипогликемии(15,6%), гипергликемии 11 (34,4%), гипербилирубинемии 23(47,9%). НЭК диагностировалось у 4(12,%), пневмония у 3(9,4%), сепсис с менингитом у 5(10,4%). ВЖК 2–3ст. развилось у 4(14,5%), БЛД 1(3,1%), ПВЛ 1(2,1%), гидроцефалия 3(6%), ГЗ ФАП у 3(6,2%).Средняя длительность госпитализации составляет 31,3±4,7 дней. При выписке анемия развилась у 6(12,5%), ретинопатия 3(6,2%), изменения слуха 1 (2,0%). Среди детей с ОНВТ и ЭНВТ при рождении в группе с ЗВУР отмечается высокая выживаемость 90,6%, при выживаемости всех недоношенных с ОНВТ и ЭНВТ 74,4%.

Заключение

Таким образом, у детей с ОНВТ и ЭНВТ и имеющих ЗВУР сравнительно высокая выживаемость, более положительные неонатальные исходы.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ МАЛОВОДИИ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Спиридонова Н.В., Каганова М.А., Лиходедова В.А.
ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России
г. Самара

Цель

Цель: анализ течения родов и перинатальных исходов при изолированном маловодии.

Материалы и методы

В исследование вошли 90 беременных в сроке 37–41 недели (один плод в головном предлежании) без сопутствующей акушерской и соматической патологии: 30 пациенток с ИАЖ менее 5 см – основная группа, 60 пациенток с ИАЖ выше 5 см по УЗИ – группа контроля. Статистические методы: критерий Стьюдента, двусторонний точный критерий Фишера.

Результаты

Группы были сопоставимы между собой по возрасту и паритету родов. В основной группе средний срок беременности на момент родов был больше 40,4±0,8 недель чем в контрольной – 39,9±0,8 недель (критерий Стьюдента 2,52, p=0,01), чаще применялись методы подготовки шейки матки (23,33% против 9%, p=0,04), и индукции родов – амниотомия (36,7% против 8,3%, p=0,002). Подозрительный тип КТГ в основной группе наблюдался в 7 случаях (23,3%), в контрольной – 9 случаев (15%, p=0,38), что связано с повышением риска компрессии пуповины в родах, а патологический тип КТГ наблюдался у 4 (13,3%) пациенток основной группы и у 2 (3,3%) контрольной (p=0,09). Частота выявления мекония в амниотической жидкости составила у 8 (26,7%) пациенток с маловодием и у 9 (15%) с нормальным количеством околоплодных вод (p=0,25). Процент кесаревых сечений был выше в основной группе 9 случаев (30%), чем в контрольной группе – 6 случаев (11,1%) контрольной группы (p=0,03). Основными показаниями были дистоция родов и дистресс плода, что мы склонны связывать с более высоким процентом вмешательств у пациенток основной группы. Оценка новорожденных по шкале Апгар в группах значимо не отличались.

Заключение

Выводы. Частота изолированного маловодия прямо пропорционально сроку беременности. При наличии изолированного маловодия значимо выше частота индукции родов при доношенной беременности и оперативного родоразрешения.

ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – НЕОНАТОЛОГА. КЛИНИЧЕСКОЙ НАБЛЮДЕНИЕ

Сытова Е.А., Панина О.С., Черненков Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского г. Саратов

Цель

Демонстрация трудностей диагностики и лечения инвазивных микозов на примере клинического случая; анализ особенностей резистентных инвазивных микозов.

Материалы и методы

Анализ истории развития новорождённого с установленным диагнозом инвазивный кандидоз. Пациент В,гестационный возраст 26 недель, масса тела при рождении 780г. В возрасте 1 месяца в моче был обнаружен ростC.albicans 1,0*10^5 м/кл в 1 мл. Анализ крови на флору роста не дал. УЗИ почек: обнаружено формирование грибковых эмболов с обеих сторон.

Результаты

Пациенту выставлен диагноз: инвазивный кандидоз. Начато эмпирическое лечение Флюконазолом. Однако эффект от проводимой терапии отсутствовал – рост эмболов продолжался. После получения результатов чувствительности к антимикотикам, начата этиотропная терапия Амфотерицином В. Положительная динамика не наблюдалась. Амфотерицин В заменён на Микамин. На фоне лечения Микамином, к 4 суткам отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров эмболов с обеих сторон.

Ретроспективно оценивая данный клинический случай, мы сделали следующие выводы:

1. Эмболы, обнаруженные в почках, представляют собой вариант формирования грибковой биоплёнки на биологической поверхности;

2. Посев крови на флору дал отрицательный результат при обнаружении C.albicans в моче из – за профилактического применения Флуконазола на этапе ОРИТН. Он ликвидировал уже существующую к тому моменту кандидемию, но не оказал влияния на грибковые колонии в почках;

3. Терапия Амфотерицином В была неэффективна, несмотря на выявленную чувствительность, т.к. в условиях лаборатории определяется чувствительность планктонных клеток, тогда как биоплёнки устойчивее в 1000 раз. Таким орбразом, минимальная ингибирующая концентрация будет отличаться в условиях in vitro и in vivo. Кроме того, устойчивость биоплёнки пропорциональна длительности её созревания. Поэтому в данном случае, эффективность могут иметь лишь комбинации препаратов.

В случае данного пациента, эффективность Микамина обусловлена достижением достаточной ингибирующей концентрации действующего вещества для дисперсии столь зрелой биоплёнки.

Заключение

В большинстве случаев грибковой инфекции у новорождённых, стандартные антимикотические препараты оказываются эффективными. Однако инвазивные кандидозы представляют собой самый тяжёлый вариант течения, что обусловлено не только возрастающей резистентностью грибковых агентов, но и неспецифической клинической картиной и высокой частотой ложноотрицательных культур. Это затрудняет диагностический поиск,а значит увеличивает длительность созревания и устойчивость биоплёнки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ ЛЕГКИХ КАК МЕТОДА ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ В СУРФАКТАНТЕ У КРАЙНЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Щеглов Б.О.

Лаборант лаборатории микрофизиологических систем Школы биомедицины Дальневосточного федерального университета
г. Владивосток

Цель

Определение диагностической точности шкалы УЗИ легких у крайне недоношенных новорожденных для прогнозирования необходимости лечения сурфактантом и повторного лечения.

Материалы и методы

В период с 2012 по 2013 год было проведено проспективное когортное исследование точности диагностики в медицинском учреждении третьего уровня г. Владивостока. В исследование были включены 63 недоношенных младенца на сроке ≤ 30 недель с РДС, получавших постоянную неинвазивную вентиляцию с положительным давлением в дыхательных путях.

Результаты

32 (51%) недоношенных младенца получили 1 дозу сурфактанта и 9 (14%) получили 2 дозы сурфактанта. Поверхностно-активное вещество вводилось на основе пороговых значений потребности в кислороде, взятых из клинического руководства по лечению и выхаживанию недоношенных детей. Полученные значения разработанной шкалы достоверно коррелируют с индексом оксигенации (p-value < 0,0001) даже после поправки на гестационный возраст (p-value < 0,0001). Данную шкалу можно использовать для прогнозирования потребности в первой дозе сурфактанта (площадь под кривой = 0,93; 95% доверительный интервал: 0,89–0,97; P < 0,0001), а также необходимости повторного дозирования сурфактанта (площадь под кривой = 0,803; 95% доверительный интервал: 0,74–0,91; P < 0,0001). Общая точность прогноза обработки и повторной обработки сурфактантом составляет 87% и 74% соответственно.

Заключение

Были рассчитаны и шкалированы полученные значения при УЗИ легких для анализа его диагностической точности для прогнозирования исхода лечения сурфактантом и эффективности лечения при его повторном использовании. Полученные результаты указывают на то, что существует корреляционная зависимость между использованием метода УЗИ легких и уровнем потребности в сурфактанте у крайне недоношенных младенцев с РДС. Однако данная шкала требует дальнейшего совершенствования и проведения дополнительных исследований с учетом поправок на гестационный возраст.

Хирургия новорожденных

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО, МАНИФЕСТИРОВАВШИЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Дорофеева Е.И., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л., Бокерия Е.Л., Барышникова И.Ю.

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

Цель

Описание редкого случая врожденного порока развития легких, проявившегося в раннем неонатальном периоде признаками сердечной недостаточности.

Материалы и методы

Порок легкого у плода был выявлен антенатально по данным УЗИ. После рождения пациенту проведены рентгенография грудной клетки, УЗИ легких, плевральных полостей, сердца и крупных сосудов с допплерографической оценкой кровотока, МСКТ грудной клетки с контрастированием.

Результаты

Мальчик родился от своевременных физиологических родов, после рождения признаки дыхательной и сердечной недостаточности отсутствовали. В первые сутки жизни по данным рентгенографии органов грудной полости обнаружена деформация легочного рисунка в проекции нижней доли левого легкого, по данным УЗИ – там же участок повышенной эхогенности с единичными локусами газа, с дополнительным крупным сосудом с артериальным типом кровотока. На 6 сутки жизни по данным МСКТ органов грудной клетки – в нижней доле левого легкого выявлен участок консоли-

дированной безвоздушной ткани с неровными нечеткими контурами со множественными мелкими воздушными кистами по периферии, с двумя аномальными питающими сосудами из грудного отдела аорты, дренирование крови осуществляется частично по аномальной вене в верхнюю полую вену, частично по легочным венам – изменения соответствуют комбинации интралобарного секвестра и врожденной кистозно-аденоматозной мальформации легкого. Была определена тактика лечения – плановое хирургическое вмешательство. Однако, к концу первой недели жизни состояние ребенка резко ухудшилось за счет появления признаков сердечной недостаточности. ЭхоКГ на 7 сутки жизни выявила расширение правых и левых отделов сердца, признаки легочной гипертензии, недостаточности митрального и трикуспидального клапанов на фоне закрытия артериального протока. Поскольку структурные изменения сердца по данным ЭхоКГ и МСКТ отсутствовали, сердечная недостаточность была следствием гемодинамических особенностей порока легкого – массивного шунтирования крови слева-направо и слева-налево через аномальные сосуды секвестра легкого. Решение проблемы – операция по прекращению сброса крови, однако в условиях ухудшения состояния ребенка проведение радикального вмешательства может вызвать необратимые нарушения сердечной деятельности. Разработана схема консервативной терапии: исключение физических нагрузок, диуретики и вазодилататоры, инотропная поддержка. После стабилизации пациента через 5 суток была успешно проведена лобэктомия с перевязкой аномальных сосудов. При ревизии выявлены четыре крупных питающих сосуда из нижнегрудного отдела аорты, а также отводящая в системный кровоток вена.

Заключение

Из-за уникальных особенностей кровоснабжения легочные секвестры и гибридные поражения легких в редких случаях могут манифестировать в неонатальном периоде явлениями сердечной недостаточности, что требует проведения срочного хирургического вмешательства после стабилизации состояния ребенка. При наличии фетальных коммуникаций и других заболеваний периода новорожденности верная трактовка причин ухудшения состояния ребенка может быть затруднена.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ TLR4 И GATA3 В КРОВИ КАК ПРЕДИКТОР НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Никитина И.В.[1], Донников А.Е.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Крашенинникова Р.В.[1], Непша О.С.[1], Ленюшкина А.А.[3], Дегтярев Д.Н.[1,2]

1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ
2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
г. Москва

Актуальность

Несмотря на значительные достижения в области неонатальной интенсивной терапии и хирургии, смертность новорожденных с некротизирующий энтероколит (НЭК) существенно не изменилась за последние десятилетия и составляет от 20 до 30%. Также НЭК остается одной из основных причин инвалидизации недоношенных детей. Согласно недавним исследованиям, более 50% недоношенных детей с НЭК имеют задержку развития центральной нервной системы.

Цель

Выявить молекулярно-генетические предикторы некротизирующего энтероколита у недоношенных детей.

Материал и методы

В исследование были включены 130 глубоконедоношенных новорожденных гестационного возраста (ГВ) 24–32 недели, родившиеся в «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в период с января 2015 по декабрь 2017 года. После первичной стабилизации состояния в родильном зале все дети поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТН), где в первые часы жизни наряду со стандартным лабораторным обследованием производился сбор биологического материала (венозная кровь (ВК) для молекулярно-генетического исследования. Сразу после отбора биологические образцы немедленно транспортировали в отделение биобанка, где они хранились при температуре -80°С. После завершения курса лечения всех детей, включенных в исследование, биоматериал поступал в работу. Методом

ПЦР с обратной транскрипцией в крови проводилось измерение уровней экспрессии генов, ответственных за продукцию: цитокинов (IL1b, IL6, IL8, IL10, IL12a, IL15, IL18, TNFa, TGFb1), транскрипционных факторов (TBX21, GATA3, RORC2), CD45, CD68, CD69, толл-подобных рецепторов (TLR2, TLR4, TLR9), матриксной металлопротеиназы MMP8 у новорожденных с НЭК и без развития данного осложнения.

Результаты

Развитие НЭК различной степени тяжести было зарегистрировано у 16 из 130 новорожденных данного ГВ (12,3%).

Установлено статистически значимое повышение экспрессии гена TLR4 у новорожденных из группы НЭК: (0,8; Q1-Q3 0,6–1,0) против 0,4 (Q1-Q3 0,1–0,7), p=0,012) и тенденция к снижению GATA3 (0,10; Q1-Q3 0,70–0,12) против 0,17; Q1-Q3 0,08–0,26) p=0,08) в клетках ВК по сравнению с группой детей аналогичного ГВ без признаков НЭК.

Проведенный ROC-анализ показал, что Lg(TLR4/GATA3) обладает хорошей диагностической ценностью: площадь под ROC-кривой составила 0,78; (95%ДИ: 0.64–0.91, p=0,011). При пороговом значении 0,74 чувствительность модели составила 88 (47–100) %, а специфичность – 77 (63–88)%; прогностическая ценность положительного результата (PPV) – 39 (95%ДИ: 17–64)%, прогностическая ценность отрицательного результата (NPV) – 97 (95%ДИ: 86–100)%.

Заключение

Таким образом, соотношение уровней экспрессии генов TLR4 и GATA3 в клетках ВК, взятой в первые часы жизни, может служить надежным предиктором развития НЭК у недоношенных новорожденных, родившихся на 24–32 неделях гестации. Очевидно, что определение экспрессии генов TLR4 и GATA3 в совокупности со стандартным клинико-диагностическим подходом будет способствовать более раннему выявлению НЭК, и давать возможность быстрого начала комплекса терапевтических мероприятий и минимизации связанных с НЭК осложнений.

Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛ ОЦЕНКИ БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Андреев А.В., Харламова Н.В., Шилова Н.В., Песенкина А.А.
ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России г. Иваново

Цель
обобщить наиболее объективные методы клинической оценки боли, применяемые в ОРИТН с целью оптимизации и унификации подходов по данной проблеме в неонатальной практике.

Материалы и методы
Нами проведена сравнительная характеристика шкал по оценке боли у новорожденных. Исследования для анализа были получены из баз данных PubMed, Центрального регистра контролируемых исследований Cochrane, базы данных e-Library и стандартных медицинских баз данных. В обзоре были использованы только опубликованные в открытом доступе данные.

Результаты
По существу на современном этапе развития неонатальной службы в оценке боли нет более адекватной и объективной альтернативы суждению опытного клинициста, который может принять во внимание весь контекст оценки, включая предыдущий медицинский анамнез, текущий физиологический статус и влияние окружающих факторов. Выбор инструмента оценки боли у новорожденных детей/соответствующей шкалы боли направлен в большей степени на то, чтобы детям своевременно и адекватно оказывались вся необходимая профилактическая и лечебная помощь для снижения интенсивности боли. В настоящее время только две шкалы имеют модифи-

кации с поправками на гестационный возраст пациента: профиль боли у недоношенных детей (PIPP) и шкала боли и седации у новорожденных (N-PASS). Хотя все представленные шкалы использовались для всех новорожденных, только шкалы PIPP и N-PASS включают показатели, специфичные именно для недоношенного ребенка. Согласно данным J. Harris и соавт. (2016), ряду шкал присвоен класс рекомендаций по применению в клинической практике: PIPP, COMFORT – класс рекомендаций A, N-PASS – класс рекомендаций B.

По нашему мнению, для клинической оценки боли у новорожденных в каждом учреждении необходимо выбрать одну/несколько шкал (в зависимости от гестационного возраста ребенка, наличия хирургических отделений). Это позволит объективизировать определение уровня боли у новорожденных детей внутри стационара, а также обеспечить преемственность оценки боли при переводе ребенка в другое отделение. В соответствии с рекомендациями по оценке боли, седации, абстиненции и делирия у новорожденных и детей в критическом состоянии оценка боли должна проводиться регулярно, в зависимости от терапевтических целей, но с большей частотой, если пациент получает обезболивающее лечение (D). Потенциальный риск возникновения синдрома ятрогенной абстиненции опиоидами и/или бензодиазепинами следует учитывать после 5 дней непрерывного приема данных препаратов (C). Помимо перечисленных шкал, для оценки уровня боли в настоящее время также используются и другие, менее распространенные: FLACC, COVERS, EDIN6. Шкалы, которые используются при оценке боли у детей вне периода новорожденности, такие как ВАШ, BPS, PPOP, CHIPPS и многие другие, считаются малопригодными для использования в неонатальной практике.

Заключение

К сожалению, до настоящего времени в неонатальной практике не разработан универсальный подход к оценке боли у новорожденных детей. Внедрение в клиническую работу ОРИТН шкал оценки боли у новорожденных в зависимости от гестационного возраста пациентов, хирургического или терапевтического профиля неонатальных отделений позволит объективизировать и минимизировать уровень боли у новорожденных детей, что, несомненно, улучшит результаты лечения и качество жизни таких пациентов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта No 19-31-27001.

ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИСХОДА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ И ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГИПОТЕРМИЮ

Быкова Ю.К., Ушакова Л.В., Филиппова Е.А., Сугак А.Б., Ватолин К.В.
[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Выявить связь между признаками нарушения мозгового кровотока и формированием неврологического дефицита у детей, перенесших общую управляемую гипотермию.

Материалы и методы

Оценка неврологического статуса и УЗИ головного мозга с дуплексным сканированием сосудов проведены 48 доношенным новорожденным, рожденным в асфиксии среднетяжелой и тяжелой степени, на фоне терапевтической гипотермии, в день согревания, а затем еженедельно до выписки из стационара и ежемесячно в катамнезе в течение 12 – 48 месяцев.

Результаты

Анализ полученных данных позволил разделить детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) на 2 группы. Первую группу составили дети с благоприятным неврологическим исходом, имеющие показатели нормального неврологического статуса и психо-моторного развития к 12 месяцам жизни (n=36). Вторая группа включала 12 детей с неблагоприятным исходом, у которых к 12–18 месяцам жизни сформировался ДЦП. У детей 1-й группы на фоне проведения управляемой гипотермии в первые сутки отмечались умеренные изменения показателей церебральной гемодинамики (вазоспазм 39%). Ко 2-м суткам жизни допплерографические показатели мозгового кровотока нормализовались у 64% детей, к 5 суткам – у 83% детей. Среди 12 детей второй группы, в 50 % случаев (n=6) ультразвуковая картина головного мозга не имела грубых структурных изменений (первая подгруппа), у другой половины детей отмечались выраженные структурные изменения головного мозга с исходом в мультикистозную энцефаломаляцию (2-я подгруппа). У пациентов 1-й подгруппы (без грубых изменений структуры мозга) в 50% случаев (n=3) на фоне терапевтической гипотермии отмечались гемодинамические нарушения в виде вазоспазма (RI=0,77–1,0). На фоне согревания у 50% детей (n=3) наблюдалось

снижение периферического сопротивления мозговых артерий (RI=0,48–0,53) в течении 2 – 7 дней. Пациенты 2-й подгруппы (с мультикистозной энцефаломаляцией) в 83% (n=5) случаев имели гемодинамические нарушения в виде длительного (в течении 5 – 7 дней) вазапареза и гиперперфузии (RI<0,57) в сочетании с увеличением скорости венозного оттока (Vmax по внутренней мозговой вене более 8 см/с). На 6 – 8 день у этих детей вазапарез сменялся выраженным длительным вазоспазмом (RI>0,81). У 1 ребенка (20%) наблюдался выраженный вазоспазм (RI=0,78–1,0) на протяжении всего времени наблюдения.

Заключение

У детей с ГИЭ нарушение мозгового кровотока в виде гиперперфузии и вазапареза на фоне управляемой гипотермии указывает на срыв механизмов ауторегуляции и ассоциируется с морфологическим поражением мозга и с тяжелым неврологическим исходом. Нормальные показатели мозгового кровотока или кратковременный вазоспазм на фоне гипотермии свидетельствуют о способности сосудов адекватно реагировать на охлаждение, то есть на сохранную ауторегуляцию, но даже в этих случаях неврологический прогноз неоднозначен и зависит от тяжести первичного повреждения нервной ткани.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГИПОТЕРМИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ

Желев В.А., Любина Т.А., Кузьмин Д.А., Юн В.Э., Яковлева Д.О.
ОГАУЗ « Областной перинатальный центр им. И. Д. Евтушенко»
г. Томск

Цель

Изучить особенности метаболических и морфологических изменений у доношенных новорожденных, перенесших тяжёлую асфиксию, на фоне общей гипотермии.

Материалы и методы

Изучено 38 историй болезни новорожденных. Сформированы группы: основная- доношенные новорожденные, с гипотермией (n=15); группа сравнения 1-доношенные, без гипотермии (n=16),группа сравнения 2- поздние недоношенные (34- 36 6/7 недель) (n=7).Изучены протоколы НСГ. Статистическая обработка- StatSoft Statistica 12.5

Результаты

По итогам анализа -основным клиническим проявлением во всех исследуемых группах является синдром угнетения, синдром выделен у 53% детей в основной группе, а также в группах сравнения 1 и 2 – 62,5% и 29% соответственно (p<0,05). У 47% детей основной группы и у 18,8% в группе сравнения 1- наблюдался судорожный синдром. Анализируя данные НСГ морфологические изменения на 1 сутки были описаны у 11 детей (85%) в основной группе: ишемия – 3 случая, локальный перивентрикулярный отек (ЛПВО) – 6, отек мягких тканей головы- 1 случай, киста сосудистого сплетения-1 случай. В группе сравнения 1- у 11 новорожденных (78,6%): ЛПВО- 9 случаев, ишемия – 2, дилатация боковых желудочков-1, киста-1, субарахноидальное кровоизлияние -1 и субэпендимальное кровоизлияния-1. В группе сравнения 2 было зафиксировано 5 (71,4%) эпизодов ЛПВО. При проведении НСГ на 7 сутки в основной группе у 11 детей (85%) обнаружены патологические изменения: 2 случая ишемии, 8 – ЛПВО, единичный случай диффузного изменения паренхимы. В группе сравнения 1 – у 5 детей (50%): ЛПВО – 3 случая, киста- 2, субдуральное и субарахноидальное кровоизлияний-1, ишемии-1, дилатации боковых желудочков-1. В сравнительной группе 2 выявлено 2 случая ЛПВО (14,23%). В результате биохимического анализа крови было обнаружено, что у новорожденных основной группе наблюдается гипергликемия. На 7 сутки уровень билирубина почти в 2 раза превышал данное значение в группе сравнения 1 и был равен 173,6 мкмоль/л (p<0,05), в то время как на 1 сутки значения не отличались друг от друга. У участников контрольной группы в ходе анализа наблюдается достоверное снижение уровня лактата, повышение уровня BE и нормализация уровня pH крови в других группах изменения не столь выражены.

Заключение

Планируется дальнейшее изучение морфологических и метаболических показателей у детей с тяжелой степенью асфиксии. Также дальнейшее изучение влияние гипотермии. Результаты исследования показали, что ведущим клиническим проявлением у новорожденных с тяжелой асфиксией являлся синдром угнетения. Терапия низкими температурами способствует нормализации метаболических показателей у новорожденных, что характеризуется снижением уровня лактата, нормализацией pH и повышением уровня BE.

ИОННЫЙ ДИСБАЛАНС ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ

Левченко Л.А., Саркисян Е.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина
г. Москва

Цель

изучение уровня электролитов (ионов Na+, K+ и Ca2+) в пуповинной крови у недоношенных новорождённых с респираторным дисстресом

Материалы и методы

Недоношенные новорождённые с РД были разделены на группы: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Исследования электролитов проводили с помощью ионоселективного ионизатора электролитов и газов крови «Easy Blood Gas» (США).

Результаты

В контрольной группе колебания электролитного состава пуповинной крови были представлены такими значениями: уровень Na+ (мМоль/л) составил 142±2,2 мМоль/л; K+ (мМоль/л) был 5,0±0,48 мМоль/л; значения Ca2+ (мМоль/л) равнялись 1,4±0,066 мМоль/л.

Средние значения (M ± m) показателей, полученных в 1-е сутки жизни недоношенных новорожденных с ВУП были следующими: уровень Na+ (мМоль/л) составил 138±3,6 мМоль/л; K+ (мМоль/л) был 5,1±0,73 мМоль/л; а значения Ca2+ (мМоль/л) равнялись 0,48±0,126 мМоль/л. При ВУП по сравнению с контролем концентрация Na+ имеет лишь тенденцию к уменьшению ($p > 0,1$), а концентрация K+ и вовсе совпадает с контрольной ($p > 0,5$), и лишь концентрация ионов Ca2+ почти в 3 раза ниже ($p < 0,01$) контрольной величины.

При РДС у недоношенных новорождённых мы обнаружили следующие изменения электролитного состава пуповинной крови: уровень Na+ (мМоль/л) составил 135±2,1 ($p<0,001$) мМоль/л; K+ (мМоль/л) был 4,0±0,64 ($p<0,001$) мМоль/л; значения Ca2+ (мМоль/л) равнялись 0,43±0,100 ($p<0,001$) мМоль/л. По сравнению с контролем концентрации Na+, K+ и Ca2+ в пуповинной крови недоношенных новорожденных

с РДС меньше. При этом содержание Na^+ снижено ($p < 0,05$) на ~7 ммоль/л, концентрация K^+ уменьшена ~20 % ($p < 0,5$), Ca^{2+} – более чем в 3 раза ниже ($p < 0,01$). В то же время установлены достоверные различия в содержании ионов Na^+, K^+ и Ca^{2+} в пуповинной крови недоношенных новорожденных между ВУП и РДС группами ($p < 0,001$), а также между ВУП и ВУП+РДС группами ($p < 0,001$).

При сочетанной патологии (ВУП+РДС) дисбаланс в электролитном составе пуповинной крови имел представленные значения: уровень Na^+ (мМоль/л) составил 134±2,7 мМоль/л ($p<0,001$), ($p1>0,05$); K^+ (мМоль/л) был 3,9±0,53 мМоль/л ($p<0,001$), ($p1>0,05$); значения Ca^{2+} (мМоль/л) равнялись 0,41±0,082 мМоль/л ($p<0,001$), ($p1<0,05$). При ВУП+РДС концентрация в пуповинной крови недоношенных новорожденных ионов натрия, калия или кальция почти совпадает ($p1 > 0,05$) со значениями, полученными у детей, у которых диагностирован только РДС. Имеется лишь очень слабая тенденция к дальнейшему уменьшению обсуждаемых показателей, когда к РДС «присоединяется» ВУП. С другой стороны, в том случае, если РДС усугубляется ВУП, значения показателей приближаются к соответствующим величинам концентраций, найденным в пуповинной крови новорожденных с РДС.

Заключение

можно предположить, что одновременное наличие у недоношенных новорожденных дыхательных нарушений, разной этиологии вызывает определенные компенсаторные реакции в организме, в результате действия которых изменения, имеющие место в каждом отдельно взятом случае, не суммируются. Напротив, происходит некоторое уменьшение эффектов, вызванных отдельно патологией ВУП или РДС. Различия между всеми тремя случаями в сотые доли ммоль/л на фоне миллимолярных изменений по сравнению со здоровыми недоношенными новорожденными нельзя рассматривать как существенные.

ИНФЕКЦИЯ – ДЕЙСТВИЕ НА ОПЕРЕЖЕНИЕ. АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА: ТОЧКА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Мумрикова М.А., Бабак О.А., Скальный А.В.
1 ГБУЗ «ГКБ No24 ДЗМ» – «Перинатальный центр», г. Москва,
2 Кафедра Медицинской элементологии РУДН, г. Москва
г. Москва

Цель

составление алгоритма оценки инфекционного статуса на основании комплекса клинико-лабораторных данных.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни новорожденных детей различного срока гестации, получавших лечение в ОРИТ, с течением инфекционного процесса различной степени тяжести и анализ литературных данных по этой теме.

Результаты

В результате проводимой работы выявлено, что инфекционный процесс начинается с многих метаболических и обменных нарушений, которые трансформируются в видимую клиническую картину, спустя время – 24–36 часов. Классические маркеры воспаления, согласно литературным данным, не являются 100% информативным критерием. Анализ рутинных лабораторных исследований – снижение гемоглобина, как проявление анемии воспаления, повышение уровня мочевины в динамике без признаков почечного повреждения, снижение уровня общего белка и альбумина в динамике, ферментемия, электролитные нарушения, ведущим из которых является гипонатриемия, и ряд других параметров (изолированно каждый признак или в сочетании), позволяют выявить начало инфекционного процесса на доклинической стадии. Алгоритм внедрен в работу ОРИТNo2 ГКБ 24 Перинатальный центр.

Заключение

Известно, что при инфекционном процессе уровень маркеров воспаления может быть в норме, повышение уровня СРБ происходит с задержкой по времени, поэтому чувствительность этого показателя в начале обследования на вероятный сепсис низкая, особенно при раннем неонатальном сепсисе. Только 35%детей с ранним неонатальным сепсисом, доказанным положительными результатами посева крови,

имели СРБ> 10 мг/л. Именно по этому до сих пор не решён вопрос о достоверности критериев ранней диагностики сепсиса, что особенно актуально в неонатологической практике. Выявление инфекционного процесса на доклинической стадии и своевременное начало терапии (антибактериальной, инфузионной, респираторной) позволяет снизить частоту осложнений, связанных с течением инфекционного процесса, развития полиорганной недостаточности и летальности.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА КАНЮЛЯЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Щеглов Б.О.
Лаборант лаборатории микрофизиологических систем Школы биомедицины Дальневосточного федерального университета
г. Владивосток

Цель

Оценка проведения через надключичный доступ канюляции подключичной вены у детей в неонатальном периоде под контролем УЗИ.

Материалы и методы

Все процедуры проводились под общей анестезией анестезиологом или ординатором под присмотром врача. Были проанализированы показатели успешности введения катетера, количество необходимых проколов, время процедуры и частота осложнений.

Результаты

В период с 2012 г. по 2013 г. было проведено проспективное исследование, в которое вошли 63 ребенка, разделенных на две группы в зависимости от их веса: первая группа ≤ 5 кг (n = 12) и вторая группа > 5 кг (n = 53). Катетеризация через надключичный доступ к подключичной вене была успешной в 97% случаев и была выше в группе 2, чем в группе 1 (99,2% против 92,4%, p-value < 0,001). Показатель успеха после первой попытки был выше, а частота повторных попыток (≥ 3 проколов) была ниже в группе 2, чем в группе 1 (84,2% против 64,5%, P <0,001 и 4,5% против 19,4%, p-value <0,001). Частота успеха была одинаковой для правой и левой катетеризации (p-value = 0,411) и согласно опыту врача (p-value = 1,000). Время процедуры было коротким в обеих

группах со средним временем для всех процедур 40 секунд (минимальное зарегистрированное значение 29 секунд, максимальное – 91 секунда). Среди зарегистрированных процедур только один артериальный прокол и ни одного случая пневмоторакса.

Заключение

Катетеризация через надключичный доступ к подключичной вене под контролем УЗИ оказывается более быстрой и безопасной для новорожденных детей и детей старшего возраста. Однако выполнение данной процедуры у новорожденных с недостаточной массой телом также было проблематично, что требует совершенствования применяемой методики.

Респираторная терапия новорожденных

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ОЦЕНКИ АНТРОПОМЕТРИИ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Завьялов О.В., Маренков В.В., Дементьев А.А., Чабаидзе Ж.Л., Пасечник И.Н., Игнатко И.В.

Перинатальный центр ГКБ имени С. С. Юдина города Москвы., Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента РФ г. Москва

Цель

Оценить перинатал факторы риска и роль антропометрии гестационного возраста новорожденного при выборе тактике респираторной терапии у детей с ЭНМТ в раннем неонатал периоде

Материалы и методы

Ретроспективный анализ проведен на базе ОРИТНиН No1 родильного дома ГКБ им Юдина с 2018–2020гг. Согласно нашему дизайну 60 детей с ЭНМТ в первые 168 часов жизни соответст критериям включения и исключения из исследования. Клин протокол исследования одобрен Этическим комитетом. Средняя масса тела детей: 850+/-149 гр; сред срок гестации:28 +/– 4 нед.

Результаты

Материн фак-ры риска рождения детей с ЭНМТ: отягощен сомат анамнез -71,3 %;ОАГА -39,7 %.Осложнен течение наст бер-ти отмечено у 91,7 %. Сроки родоразрешения: 24–30 нед-12,5 %; 31–33 нед -10,9 % из всех родов. Среди неонатальной клиничес нозологии: синдром церебрал депрес – 85,1 %; СДР – 33,3 %; врожден пневмония – 40,7 %. Оценка антропометрии гестацион возраста новорожден по шкале Fenton T.R.,2013г (МКБ10.P05.1-P05.9): рост и масса соответ сроку гестации -58 %; малый размер плода – 22 %; маловесный – 15 %; замедленный рост плода – 5 %. Средняя продолжит nИВЛ в реж DUOPAP в часах у детей с ЭНМТ: 700–799г:3+/-1; 800–899г:12+/-3; 900–999г:28+/-7. Выработаны основ и доп группы критериев по готов-ти детей с ЭНМТ в ран неонатал периоде к стартов проведению nИВЛ в реж DUOPAP (аналог реж BIPAP – Biphasic Positive Airway Pressure). Основ:1) целев показ КОС кап крови: Ph>7,30; pO2>40; pCO2<60; BE>10;лактат 4–8; 2)кислород зависим в пределах целев уровня сатурации 88–93 %. Допол: 1) оценка тяжести асфиксии по шкале Апгар на 1-ой мин>3 бал; 2) ЧСС> 100 в мин и/или сред АД =/> гестац возраста в нед; 3) наличие достат регуляр попыток спонтан дыхания и/или наличие грантинга в теч не> 20 мин;4) оценка степени ДН по шкале Сильверман-Андерсен [Silverman W., Andersen D.,1956] не > 6 бал и/или потребность в увеличении FiO2 не >0,4; 5) отсут случаев апноэ и/или брадикардии и/или десатурации не > 2-х случ в теч 2-х час nИВЛ в реж DUOPAP. Сформулир противопоказ для старт провед nИВЛ в реж DUOPAP ч/з назал канюли:1) клин состояние и тяжесть новор с ЭНМТ по данным клин-лабор мониторинга не соответ одному из основ и/или 2-м из допол критериев; 2) наличие у новор сердечной недостаточ-ти и потреб-ти в назнач кардиотоничес терапии в дозировках >5–8 мкг/кг/мин; 3) подозрение и/или наличие у новор ВПР. Предикторы эффектив и безопас респир под-ки в реж DUOPAP: наличие достат регуляр попыток спонтан дыхания;стабил кардио-респиратор статус в теч 3–6 час; достат стабил показ КОС кап крови в теч 3–6 час (лактат< 8 ммоль/л);отсут инфекц токсикоза (ЛИИ < 5,6); налич ОАП ГДН3; отсут клиники легоч гипертензии и олигурии (ПЧД > 0,5–1,0 мл/кг/час); налич ВЖК не>1 степ с одной/двух стор. Критерии неэффектив респир под-ки в реж DUOPAP: увел ЧДД > 40 % и/или ЧСС и/или сред АД>20 %; грантинг>10 минут; оценка по шкале Сил-Андер>6 баллов и/или предуктал показат SpO2 < 88 % в теч 20 мин.

Заключение

1) Клин оценка ДН при рожд по шкале Сильверман-Андерсен (С-А) </= 4 бал и SpO2> 92 %, налич регуляр спонтан дыхания и соответ массо – ростовых показ-лей к гестац возрасту новор – допуск старт провед nИВЛ в реж DUOPAP у детей с ЭНМТ в ОРИТН; 2) Клин оценка ДН в динамике по шкале С-А 4–5 бал и SpO2 90–94 %, сохранен спонтан дыхание, отсут сердеч нед-ти с инфекц токсикозом и маловесный для гестац

возраста новор – позволяют пролонгирован провед nИВЛ в реж DUOPAP; 3) Клин оценка ДН при рожд по шкале С-А и SpO2< 88 % и малый размер новор для гестац возраста – неонатал фак-ры,исключ провед nИВЛ в реж DUOPAP.

ЗНАЧЕНИЯ КОС У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ

Левченко Л.А.[1], Скосарева Г.А.[2]

Текст тезиса:

1 ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина
2 ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» Департамента здравоохранения города Москвы
г. Москва

Цель

проанализировать в 1-е сутки жизни основные параметры КОС у недоношенных новорождённых с РД: pO2 (кПа), pCO2 (кПа), pH, SB (мМоль/л), BE (мМоль/л), BEe (мМоль/л) крови.

Материалы и методы

Недоношенные новорождённые с РД были разделены на группы: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Все исследования КОС проводили с помощью ионоселективного ионизатора электролитов и газов крови «Easy Blood Gas» (США).

Результаты

читывая, что 1-е сутки жизни у недоношенных новорождённых с РД, как правило, являются критическими, мы проанализировали основные параметры КОС. Так, pO2 (кПа) у пациентов 22–28 недель гестации было 6,4±2,3 кПа; у детей с 29–32 неделями гестации – 6,3±2,2 кПа; а у больных с 33–36 неделями гестации равно 6,5±2,5 кПа. У контрольной группы pO2 (кПа) составило 5,1±2,2 кПа. Далее мы изучали данные pCO2 (кПа): у пациентов 22–28 недель гестации они были 4,8±1,8кПа; у детей с 29–32 неделями гестации – 4,4±1,5кПа; а у больных с 33–36 неделями гестации равно

4,5±1,2кПа. В контрольной группе pO2 (кПа) составило 4,0±1,2кПа. Во всех исследуемых нами группах больных детей средние значения pO2 и pCO2 различаются между собой и имеют тенденцию к повышению по сравнению с соответствующими величинами в контрольной группе. Полученные результаты объясняются тем, что у всех недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями наблюдается ацидоз. Следующий анализируемый показатель – это pH крови: у пациентов 22–28 недель гестации он был= 7,22±0,041; у детей с 29–32 неделями гестации = 7,30±0,033; а у больных с 33–36 неделями гестации равен 7,30±0,038. В контрольной группе детей pH составило 7,38±0,026. В венозной крови больных детей значения pH достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контроле, независимо от гестационного возраста. Более того, в группе недоношенных новорожденных гестационного возраста 22 – 28 нед. значение показателя отличается ($p < 0,001$) от величины pH, в группах больных детей гестационного возраста 29 – 32 нед. или 33 – 36 нед., для которых, со своей стороны, значения pH одинаковы. Далее мы анализировали SB (мМоль/л) у пациентов 22–28 недель гестации было 16,5±2,6 мМоль/л; у детей с 29–32 неделями гестации – 18,5±1,8 мМоль/л; а у больных с 33–36 неделями гестации равно 17,7±3,0 мМоль/л. У контрольной группы SB (мМоль/л) составило 22±1,1 мМоль/л. Показатели BE (мМоль/л) у пациентов 22–28 недель гестации = – 9,9±2,4мМоль/л; у детей с 29–32 неделями гестации = – 7,5±1,5мМоль/л; а у больных с 33–36 неделями гестации = – 8,0±1,6 мМоль/л. У контрольной группы BE составило – 7,0±1,8мМоль/л. Показатели BEe (мМоль/л) у пациентов 22–28 недель гестации = – 9,6±2,6 мМоль/л; у детей с 29–32 неделями гестации = – 8,4±1,8 мМоль/л; а у больных с 33–36 неделями гестации = – 9,0±1,6 мМоль/л. У контрольной группы BEe составило – 7,5±1,6 мМоль/л.

Заключение

у недоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями наблюдается ацидоз, который частично компенсируется (избыток оснований в крови недоношенных новорожденных имеет ярко выраженную тенденцию к уменьшению – знак отрицательный). При этом компенсаторные изменения более существенны у детей со сроком гестации более 28 недель по сравнению с больными меньшего гестационного возраста. Своевременный анализ показателей КОС позволяет врачу-неонатологу осуществлять адекватную респираторную и метаболическую поддержку самым маленьким пациентам и ее адекватную коррекцию.

КОРРЕЛЯЦИИ ШКАЛЫ APGAR У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Левченко Л.А.[1], Фёдорова Т.В.[2]

1 ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России Кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина
2 ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»
г. Москва

Цель

провести корреляционный анализ у недоношенных новорождённых с РД оценок по шкале Apgar на 1-й, 5-й минутах с итоговыми баллами по шкале Downes в течении 20–30 минут жизни.

Материалы и методы

Недоношенные новорождённые с РД были разделены на группы: I группа – 90 детей с ВУП, II группа – 90 больных с РДС, III группа – 90 пациентов с ВУП+РДС. В контрольной группе было 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Оценка по шкале Apgar производилась на 1-й, 5-й минутах жизни ребенка. Оценку по шкале Downes производилась через 15 минут после рождения.

Результаты

В I группе (недоношенные с ВУП) оценка по шкале Apgar на 1-й минуте была 4,88 ± 0,47 баллов, во II (больные с РДС) – 5,44 ± 0,43 ($p>0,05$, отличие по отношению к ВУП) и в III группе (пациенты с ВУП+РДС) – самая низкая – 3,26 ± 0,37 ($p<0,05$), ($p1<0,02$, отличие по отношению к РДС). Соответственно в группе контроля была наибольшая оценка по шкале Apgar, которая составила 7,14 ± 0,15 баллов.

Оценка по шкале Apgar на 5-й минуте изменялась следующим образом: в I группе она равнялась 5,82 ± 0,37 баллов, во II – 5,5 ± 0,52 ($p>0,05$, отличия по отношению к ВУП) и в III группе – 4,5 ± 0,46, ($p<0,05$), ($p1<0,05$, отличия по отношению к РДС). Аналогично вышесказанному, в группе контроля была наибольшая оценка по шкале Apgar на 5 минуте жизни здорового ребенка – 8,12 ± 0,11 баллов.

Следовательно, самая низкая оценка по шкале Apgar на 1-й и 5-й минутах жизни была в III группе обследованных недоношенных новорождённых с сочетанной патологией (ВУП+РДС). Полученные показатели в группе «условно-здоровых» недоношенных новорожденных оптимальны и свидельствуют о достаточных адаптационных резервах.

Проведенный нами корреляционный анализ показал, что у недоношенных новорождённых с РД имела место прямая зависимость между оценкой по шкале Apgar на 1-й и 5-й минутах жизни (r = 0,96, p < 0,001). Чем ниже оценка по шкале Apgar на 1-й минуте, тем ниже этот показатель на 5-й минуте, и наоборот.

У недоношенных новорожденных коэффициент корреляции между ГВ и оценкой по шкале Apgar на 1-й минуте составлял r = 0,78 (p < 0,001), а между ГВ и оценкой по шкале Apgar на 5-й минуте – r = 0,79 (p < 0,001). Следовательно, чем ниже ГВ, тем ниже оценка по шкале Apgar, и наоборот.

В группах недоношенных новорождённых с дыхательными расстройствами оценка по шкале Downes после 15 минут жизни распределилась следующим образом: в I группе (недоношенные с ВУП) она была 4,68 ± 0,79 баллов, во II (больные с РДС) – 5,91 ± 0,74 (p>0,05, отличие по отношению к ВУП) и в III группе (пациенты с ВУП+РДС) – самая высокая – 7,29 ± 0,59 (p<0,05), (p1<0,05, отличие по отношению к РДС).Ожидаемый результат в группе контроля составил соответственно 0 баллов по шкале Downes. Далее в нашей работе мы произвели расчет коэффициентов корреляции между зависимостью баллов по шкале Apgar со шкалой Downes, которые соответственно представлены следующими данными: r = – 0,86 (p < 0,001) на 1-й мин и r = – 0,88 (p < 0,001) на 5-й мин жизни.

Заключение

полученные результаты свидетельствуют о том, что чем ниже была оценка по шкале Apgar на 1-й и 5-й минутах жизни у недоношенных новорождённых с дыхательными расстройствами, тем выше определялась оценка по шкале Downes. И следовательно, тем тяжелее были дыхательные расстройства, которые требовали своевременной адекватной респираторной поддержки.Шкала Apgar выступает первоначальным звеном в оценке тяжести состояния новорождённых и до настоящего времени остаётся актуальной, а значимость и целесообразность её использования для маловесных детей требует широкого изучения.

Энтеральное и парентеральное питание новорожденных

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Абдуллаева Г.М.
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова» г. Алматы

Цель

Изучение комплекса нутритивной поддержки, как части профилактики нарушения психомоторного развития детей с ОНМТ и ЭНМТ при гипоксическом поражении ЦНС

Материалы и методы

Проспективное наблюдение за развитием и анализ показателей клинико-лабораторного обследования 254 недоношенных детей до одного года корригированного возраста, находившихся на лечении в отделении неврологии раннего возраста ДГКБNo2 г. Алматы в 2016–2019 годах.

Результаты

Процесс выхаживания недоношенных детей сопряжен с профилактикой поражения нервной системы. Создание условий для адекватного психомоторного развития детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) традиционно связывают с организацией кормления и типом вскармливания в связи с их высокой уязвимостью и тяжестью состояния при рождении. При разной степени тяжести проявления неврологической симптоматики была необходима коррекция калоража питания для каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. Темп прибавки зависел от: соблюдения дозы и режима кормления; уменьшения инвазивных процедур; достижения полноценного сна; выравнивания смены сна и бодрствования. У детей в группе ЭНМТ с тяжёлой степенью тяжести

гипоксического повреждения ЦНС, оптимальной прибавкой было 20–22 г/кг/сутки ($p<0,01$), позволявшей избегать осложнения на функции желудочно-кишечного тракта. В группе детей с ОНМТ с тяжелой степенью, такая нагрузка не выдерживалась и в среднем составила 16–18 г/кг/сутки ($p<0,05$) в течение первых трех месяцев жизни. При этом в группах детей ЭНМТ и ОНМТ со средней степенью тяжести гипоксических поражений ЦНС требуемая прибавка не различалась и была на уровне 20–25 г/кг/сутки ($p<0,05$).

Заключение

Доказано, что адекватная физиологическая прибавка массы тела в соответствие гестационному сроку прямо пропорциональна благоприятному соматическому и неврологическому прогнозам у этих детей.

ОЦЕНКА РЕАКЦИИ НА БОЛЬ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНОМ ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ

Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К.
НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова» г. Алматы

Цель

Изучение поведенческих и двигательных реакций на боль у недоношенных детей различного гестационного возраста в зависимости от качества нутритивной поддержки

Материалы и методы

Анализ показателей шкалы оценки острой боли DAN (Douler Aiguedu Nouveaune) и мимики по FACS (Facial Acting Coding System) у 104 новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, находившихся на лечении в отделении неврологии раннего возраста ДГКБNo2 г. Алматы в 2016–2019 годах

Результаты

Выхаживание недоношенных новорожденных, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) сопряжено с высоким риском нарушения миелинизации ноцецептивных проводников и нейронной миграции. Болевая реакция у этих детей сопровождается изменениями гомеостаза и метаболическими сдвигами. Проведена оценка болевой реакции и ответа на плановую вакцинацию

и забора крови с диагностической целью. В группе детей с ЭНМТ оценка мимики по FACS колебалась от 4 до 6 баллов, уровень успокоения 1–2 балла, при этом отмечалось резкое снижение уровня глюкозы и повышением лактата. Тогда как в группе с ОНМТ, мимика по варьировала 6–9 баллов, с эпизодами беспокойства 5–8 баллов, с вовлечением двигательной, вегетативной систем, при этом уровень успокоения составил 2–3 балла. У детей с ОНМТ наблюдалась умеренная гипогликемия, снижение кетонов и азота при проведении болезненных манипуляций.

Заключение

Болевая чувствительность недоношенных детей отличается более длительным латентным периодом и зависит от уровня глюкозы, лактата, кетонов, экскреции азота. Адекватное вскармливание и прибавка в массе тела способствуют физиологическому формированию болевой реактивности в соответствие возрасту.

ОПЫТ ЭНТЕРАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНЕННЫХ ДЕТЕЙ ОЧЕНЬ И ЭСТРЕМАЛЬНО МАССОЙ ПРИ РОЖДЕНИИ

Саркисян Е.А. [1], Асатрян А.Р.[2], Заргарян М.А.[2]

1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
г. Москва
2 Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка
г. Ереван

Цель

Уменьшить возможность развития некротизирующего энтероколита и его осложнений

Материалы и методы

В период 2014–2018 родились 201 новорожденных с ОНВТ (144) и ЭНВТ(57). Срок гестации 23–33недель, средний вес1278±98, рост 38,6±3см.С 1 дня жизни сбалансированное парэнтеральное питание, минимальное энтеральное питание. Приоритет–грудное вскармливание. Применялись молочные смеси: жидкие и виде порошка, фортификаторы, метод кенгуру.

Результаты

Для вскармливания недоношенных детей нами используются новые адаптированные молочные смеси в виде жировой эмульсии и порошка. Данные продукты предназначены жидкий для детей с весом ниже 1.800 и сухой порошковый с весом выше 1.800. Выбор данных продуктов был обусловлен уникальным составом смеси: гидролизованный белок с преобладанием сывороточной фракции (70%), наличие в жировом компоненте 30% легко расщепляющихся триглицеридов, адекватное содержание полиненасыщенных жирных кислот, сниженное количество лактозы (до 65%), корригированное содержание минералов и витаминов. Из числа пациентов, находящихся только на грудном вскармливании 55.5%(81), с дополнительной целью специальной смесью докармливались 37%(54), только на искусственном вскармливании находились 7,5%(11). У 65(44,5%) получившие жидкие и сухие специальные смеси для недоношенных новорожденных только у 3-х отмечалось непереносимость продукта, связанной с развитием дисфункции желудочно-кишечного тракта (срыгивание, колики, диарейный синдром). У 3-х пациентов с ЭНВТ отмечались начальные симптомы НЭК-а, которые быстро прошли после временного прекращения кормления смесью, объемы увеличивались медленно. Через месяц, дети находящихся на грудном, и искусственном вскармливании мало отличались по физическим показателям, они в основном соответствовали возрастным показателям, хотя дети на грудном вскармливании по росто-весовым показателям, в таблице перцентилей занимали низкие пределы. При выписке дети в трех группах соответствовали постконцептуальному возрасту (находились по показателям в пределах 9–25 перцентилей при наличии смесей, а дети 1-ой группы в пределах около 9 перцентилей). Неврологические особенности в обеих группах были обусловлены тяжестью состояния при рождении. Однако в виду сравнительно большего роста, у детей 2-ой группы раньше развилась анемия.

Заключение

Таким образом, ранее начало трофического и минимального энтерального питания я снижает частоту развития некротизирующего энтероколита у недоношенных новорожденных с очень низким и экстремально низким весом при рождении. Использование новых специальных жидких и сухих порошковых смесей в питании недоношенных детей с ОНВТ и ЭНВТ позволяет обеспечить адекватное течение адаптационного периода и снизить риск развития ряда заболеваний у данного контингента пациентов.

Болезни новорожденных

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Будалова А.В., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н.,Назаров С.Б., Филиппов С.Э.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Иваново

Цель

Изучение морфометрических особенностей тромбоцитов у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы

в ФГБУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России обследовано 82 недоношенных новорожденных, на 3–5 сутки жизни на анализаторе Advia 2120i, определены индексы тромбоцитов: PLT,PCT, PDW, LargePlt, MPC, MPM. Анализ данных проведен с использованием программного пакета «Statistica 13.0».

Результаты

Гестационный возраст (ГВ) обследованных новорожденных составил 30,0 [28,0;31,0] недели. Масса тела при рождении 1215,0 [960,0; 1400,0] грамм, длина тела 36,0 [34,0;38,0] см. ЭНМТ при рождении имели 33 ребенка (40,2%), ОНМТ – 49 детей (59,8%). В группе недоношенных новорожденных, получены следующие параметры тромбоцитов: PLT-197,5 [132,0;269,0] 10*9/л, PDW– 63,5[58,7;67,4] %, PCT-0,195[0,130;0,270] %, LargePlt– 9,0[6,0;13,0] 10*3/л, MPC-23,3[21,5;24,0] г/дл, MPM-2,15[1,98;2,33] пг. При этом, у новорожденных с гестационным возрастом 32–35 недель в сравнении с новорожденными с ГВ 29–31 недели, чаще наблюдалось снижение PCT ($p<0,03$), а в срав-

нении с новорожденными с ГВ 24–28 недель, повышение MPC (p<0,05). Дети с ЭНМТ имели меньшее количество тромбоцитов в крови, чем дети с ОНМТ (p<0,03). Также, у детей с ЭНМТ по сравнению с новорожденными с ОНМТ чаще регистрировалось повышение PDW (p<0,04) и MPM (p<0,00006). В группе новорожденных с задержкой внутриутробного развития, PCT и PLT были достоверно ниже чем у детей с нормальным физическим развитием (p<0,02,p<0,01, соответственно).

При оценке влияния профилактики РДСН на тромбоцитарные индексы установлено, что новорожденные, родившиеся без антенатальной профилактики РДСН, имели более низкие показатели тромбоцитов и тромбокрита в крови (p<0,05; p<0,03, соответственно), а новорожденные с проведенной антенатальной профилактикой РДСН – имели более высокие значения PDW (p<0,02). Недоношенные новорожденные, рожденные в состоянии тяжелой асфиксии, по сравнению с новорожденными со среднетяжелой асфиксией и отсутствием асфиксии при рождении, имели более высокие уровни MPC (p<0,025). Получена значимая положительная корреляционная связь оценки по шкале Апгар в конце первой минуты жизни и количества тромбоцитов в крови у недоношенных новорожденных (p<0,03). При анализе влияния максимальной концентрации O2 при проведении респираторной терапии, установлена значимая отрицательная корреляционная связь максимальной концентрации O2 при проведении респираторной терапии и количества тромбоцитов в крови (p<0,019).

Заключение

Особенности индексов тромбоцитов у недоношенных новорожденных обусловлены сроком гестации, массой тела при рождении, вариантом физического развития и тяжестью асфиксии при рождении. Особенностью тромбоцитов глубоконедоношенных новорожденных и новорожденных с ЭНМТ является образование молодых (крупных) форм тромбоцитов. У более зрелых новорожденных особенностью тромбоцитов является преобладании высокогранулированных тромбоцитов.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Деревягина О.С.[1,2], Нароган М.В.[1,2], Рюмина И.И.[1]

1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва

Цель

Цель исследования – оценить частоту и факторы риска развития ОПП у недоношенных детей.

Материалы и методы

На базе НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова был проведен ретроспективный анализ 1346 биохимических анализов крови от 459 недоношенных новорожденных, поступивших в ОРИТН в 2018 году. Критерии исключения: хирургическая патология и грубые пороки развития мочеполовой системы. Были оценены частота ОПП и наличие факторов риска.

Результаты

У 37 (8,1%) недоношенных детей хотя бы один раз было отмечено повышение креатинина выше референтных значений, однако, у 15 из них, в связи с отсутствием клинических проявлений ОПП и последующей быстрой нормализацией уровня креатинина диагностировано транзиторное повышение креатинина. У остальных 22 (4,8%) детей имелись клинико-лабораторные критерии для диагностики ОПП (14 (38%) – со сроком гестации 24–27 недель, 9(24%) – 28–31 неделя, 14 (38%) – 32–36 недель). У 9 (41%) детей диагноз ОПП был установлен своевременно, у 6 (27%) – запоздало, у 7 (31,8%) диагноз ОПП установлен не был. Летальный исход наблюдался у 9 детей из 22 (41%). Факторами риска ОПП явились: низкая (1–4 балла) оценка по шкале Апгар – у 8 (36%) детей; нарушение кровообращения с нарушением кровотока в почечных артериях -у 15 (68%); крайняя незрелость – у 14 (64%); фето-фетальный трансфузионный синдром – у 10 (45%); врожденный сепсис – у 2 (9%). У всех детей с ОПП в раннем неонатальном периоде применялись нефротоксичные препараты: гентамицин – у 22 (100%), ванкомицин – у 13 (59%). Нефротоксичные препараты назначались

у всех детей как до появления первичных признаков ОПП, так и после. При развитии ОПП коррекция дозы гентамицина с учетом гестационного возраста не проводилась у 6 детей, коррекция назначения ванкомицина не проводилась у 4 детей.

Заключение

Частота ОПП среди недоношенных детей, поступивших в ОРИТН, составила 4,8%, при этом диагноз ОПП был ассоциирован с высоким уровнем смертности – 41%. В 59% случаев имели место недооценка факта формирования ОПП или его поздняя диагностика. Отмечена высокая частота применения гентамицина и ванкомицина у недоношенных детей, как до, так и после развития ОПП, в том числе без корректировки дозы.

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ермолаева А.Н., Караваева А.Л., Тимофеева Л.А
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Преэклампсия – тяжелейшее осложнение беременности, которое ассоциируется с высокой материнской заболеваемостью и смертностью, а также неблагоприятными исходами для плода и новорожденного ребенка. Развитие тяжелой преэклампсии по данным литературы увеличивает риск внутриутробной гибели плода, задержки внутриутробного развития, и часто приводит к рождению недоношенного ребенка. Каждый день, проведенный в утробе матери, увеличивает шансы для жизнеспособности новорожденного, а также уменьшает частоту неонатальной патологии, вызванной недоношенностью и незрелостью. В последние годы имеется тенденция к пролонгированию беременности до 34 недель, и до более доношенного срока, при развитии ранней преэклампсии, согласно рекомендациям ВОЗ.

В конце 2013 года в России эти тенденции были отражены и утверждены в новых клинических рекомендациях по ведению беременности у женщин с гипертензивными расстройствами «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: Федеральные клинические рекомендации (протокол)».

Цель исследования

Проанализировать перинатальные и неонатальные исходы у матерей и новорожденных детей, родившихся у женщин с течением преэклампсии, в период до 2014 года и после 2014 года.

Материалы и методы исследования

В исследование включены 200 пар мать-новорожденный, наблюдавшиеся в ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ в период с 2010 по 2019 гг.

Из 200 пар, включенных в исследование, в период до 2014 года были родоразрешены 54 беременные женщины из них 18 с тяжелой преэклампсией (Группа 1а) и 36 с умеренной преэклампсией (группа 1б), после 2014 года 146 женщин из них 39 с тяжелой преэклампсией (группа 2а), и 107 с умеренной преэклампсией (группа 2б).

В группах с тяжелой преэклампсией средние сроки от поступления беременной женщины в стационар до родоразрешения были достоверно выше в группе 2а – 4,36±4,44 дней, по сравнению с группой 1а – 1,94±2,54 дней(p=0,01). Пролонгировать беременность более 7 дней в группе с 1а удалось в 2 случаях (11,1%), и в группе 2а в 6 случаях (15,4%). OR 0,7 (0,1–3,8), p=0,66. Сроки родоразрешения в группе с течением тяжелой преэклампсии имели сопоставимые значения в подгруппах 1а (34,76±3,54 недель) и 2а (34,34±3,66 недель), p=0,335.

В группе с умеренной преэклампсией средние сроки до родоразрешения были больше в группе 1б – 4,38±4,0, в группе 2б – 3,21±4,4, p=0,01. Пролонгирование беременности более 7 дней в группе 1б проводилось в 14 случаях (38,9%) по сравнению с группой 2б – 17,8% (n=19), OR 2,9(1,3–6,8), p=0,016. Срок родоразрешения в группе 1б – 37,73±1,57 недель, в группе 2б – 36,76±2,52 недель, p<0,01. Как правило, до достижения срока беременности 35–36 недель, пролонгирование беременности не проводилось.

Несмотря на имеющиеся различия в сроке гестации в группах с тяжелой и умеренной преэклампсией, достоверных различий в антропометрических данных и в оценке по шкале Апгар, при рождении выявлено не было. Так, масса тела в группе 1 а составила 2118,39± 869,48г, в группе 2а 2062,67±865,07 г (p=0,411), в группе 1б – 2836,67± 633,31г и в группе 2б 2763,91± 732,10г, p=0,284. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте в группе с тяжелой преэклампсией: в группе 1а – 6,61±2,03, в группе 2а– 7,0±1,21 (0,229), в группе 1б 7,42±1,25 и 2б – 7,62±0,77, p=0,185; на 5 минуте в группе 1а -7,83±1,15 и группе 2а – 7,97±0,95 (0,327); в группе 1б – 8,47±0,88 и 2б– 8,48±0,68, p= 0,489.

При анализе структуры патологических состояний в раннем неонатальном периоде в группе ТПЭ при положительной тенденции к пролонгированию беременности мы увидели снижение частоты тяжелой асфиксии при рождении с 16.6% в группе 1а до 5,1% в группе 2а, инфекционно – воспалительных заболеваний с (61,1% vs 48,7%

соответственно по группам), в том числе врожденной пневмонии (38,9% vs 30,8%); числа внутричерепных кровоизлияний (16,7% vs 10,3%); функциональных нарушений ЖКТ (22,2% vs 12,8%); неонатальной желтухи (50,0% vs 25,6%). В то же время увеличилось число новорожденных детей с транзиторными дыхательными нарушениями (11,1% и 15,4% соответственно по группам 1а и 2а); РДС (5,6% vs 10,3%); неонатальной гипогликемии (11,1% vs 35,9%, p=0,05); анемии (22,2% vs 35.9%) ; ДВС– синдрома (5,6% vs 10,3%). НЭК встречался у новорожденных только группы 2а в 2 случаях (5,1%), смерть в неонатальном периоде отмечалась также у новорожденных группы 2а в 3 случаях (7,7%). Различий в частоте полицитемии (5,6% vs 5,1%), тромбоцитопении (16,7% vs 17,9%) выявлено не было.

В группе новорожденных у матерей с умеренной преэклампсией на фоне укорочения срока от поступления беременной женщины в стационар до родоразрешения, отмечалось увеличение частоты инфекционно-воспалительных заболеваний (13,9% и 22,4% соответственно в группах 1б и 2б), в том числе врожденной пневмонии (8,3% vs 11,2%). РДС отмечался у новорожденных группы 2б в 5,6%. Также у детей этой группы отмечались ВЖК 1степени в 6,5% случаев. НЭК встречался у детей группы 1б в 2,8% случаев. Мы отметили снижение частоты БЛД (5,6% vs 0,94%); транзиторных дыхательных нарушений (16,7% vs 5,6%, p=0,039); анемии (16,7% vs 9,3%); полицитемии (5,6% vs 2,8%). Различий по частоте неонатальной желтухи (27,8% vs 24,3%), срыгиваний новорожденных (5,6% vs 6,5%), гипогликемии (13,9% vs 13,1%), тромбоцитопении (5,6% vs 5,6%) выявлено не было.

Длительность пребывания новорожденных в профильных отделениях имела сопоставимые значения в группах с тяжелой и умеренной преэклампсией. Достоверно значимых различий в исследуемых группах выявлено не было за исключением пребывания в отделении новорожденных, что, по-видимому, обусловлено тенденцией к ранней выписке новорожденных в последние несколько лет.

Заключение

Преэклампсия является фактором риска перинатальных и неонатальных осложнений. В нашем исследовании мы отметили тенденцию к снижению уровня заболеваемости новорожденных в группе у матерей с тяжелой преэклампсией в частоте тяжелой асфиксии при рождении, инфекционно-воспалительных заболеваний, в том числе врожденной пневмонии, внутричерепных кровоизлияний, нарушений функции ЖКТ и неонатальной желтухи. Однако пролонгирование беременности сопряжено с риском увеличения частоты возникновения гипогликемии в раннем неонатальном периоде (более, чем в 3 раза), НЭК, ДВС– синдрома, смерти в неонатальном периоде, что обусловливают необходимость неонатальной службы быть готовым к оказанию своевременной помощи ребенку.

Пролонгирование беременности до доношенного срока в группе с умеренной преэклампсией таже способствует снижению частоты инфекционно-воспалительных заболеваний, респираторных нарушений.

Выбор тактики наблюдения за состоянием новорожденного ребенка и оценка прогностических рисков во многом определяется не только сроками родоразрешения при преэклампсии, но и акушерской тактикой при возможности пролонгирования беременности.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА

Игнатко И.В., Байбулатова Ш.Ш., Меграбян А.Д.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
г. Москва

Цель

Целью было изучение особенностей течения беременности и перинатальных исходов у женщин с подтвержденной пневмонией.

Материалы и методы

В исследование были включены 27 беременных с лабораторно подтвержденным диагнозом КОВИД-19 и их новорожденные. Было проведено их полное клинико-лабораторное обследование. Исследование было проведено на базе родильного дома при ГКБ 4 г. Грозный, главным врачом которого является докторант кафедры Ш.Ш. Байбулатова.

Результаты

Возраст женщин составил от 19 до 37 лет, 26% из них были в возрасте старше 35 лет. Первородящих было всего 18,5%. Подавляющее число женщин было повторнородящими. Во 2 триместре беременности заболевшими были 22,2% женщин, в сроках более 28 недель – 78,8%.Лихорадка отмечалась у 52% беременных, при этом субфебрилитет – у 48%. У большинства женщин отмечался озноб, слабость и миалгия. У 29% была одышка на фоне подтвержденной пневмонии. По данным КТ диагноз пневмонии подтвердился у 56% беременных, преимущественно двусторонней локализации. Односторонний вариант в подавляющем большинстве отмечался справа, у 1 паци-

ентки присоединился гидроторакс. Преждевременные спонтанные роды и досрочное родоразрешение были у 41% женщин, преждевременный разрыв плодных оболочек – у 15%, дистресс плода – в каждом 9 наблюдении. Отслойка плаценты, тяжелая неонатальная асфиксия, перинатальные потери не отмечены. При обследовании новорожденного на КОВИД-19 методом ПЦР в течение первых 24–72 ч жизни не было выявлено признаков инфицирования.

	ТПЭ		р-коэффициент	УПЭ		р-коэффициент
	Т1 n=18	Т2 n=39		У1 n=36	У2 n=107	
Гестационный возраст. недель	34,76±3,54	34,34±3,66	0,335	37,73±1,57	36,76±2,52	p<0.01
ОРИТН	13,55±9,88 n=11 (61.11%)	14.74±15.25 n=20 (51.28%)	0,452	4.75±5.57 n=8 (22.22%)	6.46±4.99 n=30 (28.04%)	0,153
ОПННД	21.50±8.98 n=11 (61.11%)	24.05±13.84 n=26 (66.67%)	0,366	15.14±9.46 n=9 (25.0%)	13.35±7.49 n=45 (42.06%)	0,324
ОХН		17,67±28,82 n=2 (5,1%)		27.5±9.19 n=2 (5.56%)	11.0±14.44 n=6 (5.61%)	0,079
ОФН	6.13±2.73 n=8 (44.44%)	3.94±2.34 n=18 (46.15%)	0,037	5.89±1.9 n=26 (72.22%)	4.35±1.78 n=77 (73.96%)	0,034
Выписаны из ОФН	7 (38,89%)	11 (28,2%)	0,420	24 (66,67%)	58 (54,21%)	0,191

Заключение

Несмотря на растущее количество опубликованных исследований COVID-19 во время беременности, недостаточно качественных данных, чтобы сделать объективные выводы в отношении тяжести заболевания или конкретных осложнений COVID-19 у беременных женщин, возможностей вертикальной передачи, перинатальных и неонатальных осложнениях. Это требует продолжения масштабных исследований.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Игнатко И.В., Якубова Д.И., Байбулатова Ш.Ш., Силаева Т.М., Меграбян А. Д.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
г. Москва

Цель

Цель исследования: оценка факторов риска при ранней и поздней форме СЗРП.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 110 историй родов и диспансерных карт женщин, чьи роды закончились рождением детей с СЗРП. На старте исследования, были сформированы 2 группы: с ранней манифестацией СЗРП (до 32 недель беременности), с поздней манифестацией СЗРП (после 32 недель беременности).

Результаты

Средний возраст пациенток при ранней форме СЗРП – 29,7 ±5,2, при поздней – 28,3 ±5,8 лет. При ранней форме СЗРП первородящих – 25 (22,7%), при поздней форме – 37(33,6%) пациенток. Среди повторнородящих 48 (43,6%) пациенток: с ранней формой СЗРП – 23(20,9%), с поздней – 25 (22,7%). Отягощенный акушерский анамнез имели 38 (34,5%) пациенток: с ранней – 18 (16,4%), с поздней формой – 20 (18,2%). Полностью соматически здоровыми были 11 (10%) беременных с ранней и 19 (17,2%) с поздней манифестацией СЗРП. В структуре экстрагенитальной патологии женщин были выявлены: заболевания сердечно-сосудистой системы – 60 (54,5%) пациенток, из них на долю артериальной гипертензии приходится 24 (21,8%) наблюдения. С ранней формой – 16 (14,5%) беременных, с поздней – 8 (7,3%). Патология эндокринной системы – 53 (48,2%). Гестационный сахарный диабет выявлен у 17 (15,5%) пациенток, с ранней формой – 8 (7,3 %), с поздней формой – 9 (8,2 %). Гипотиреоз у 23 (20,9%) пациенток, с ранней – 8 (7,3%), с поздней манифестацией СЗРП – 15 (13,6%). 10 (9,1%) пациенток с наследственной тромбофилией получали низкомолекулярные гепарины: с ранней – 4 (3,6%), с поздней манифестацией СЗРП – 6 (5,5%). Преэклампсия осложнила течение беременности в 29 (26,3%) случаях: с ранней – 18 (16,3 %), с поздней манифестацией СЗРП – 11(10%). Пациентки с избыточной массой тела и ожирением – 19 (17,3%), из них 8 (3%) пациенток с ранней манифестацией СЗРП, 11 (10%) – с поздней. У 32 (29,1%) пациенток с ранней формой СЗРП произошли своевременные роды, у 16 (14,5%) пациенток

– преждевременные роды. С поздней формой у 51 (46,4 %) пациентки – своевременные роды, а у 11 (10%) – преждевременные. 15 (13,6%) пациенток имели рубец на матке после операции кесарева сечения, из них 8 (7,3%) с ранней формой СЗРП и 7(6,4%) с поздней. 44 (40%) пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения, с ранней формой СЗРП – 27 (24,5%), с поздней формой – 17 (15,2%).

Заключение

Артериальная гипертензия при ранней форме СЗРП встречается с большей частотой. Патология эндокринной системы чаще встречается у пациенток с поздней формой СЗРП. Частота преждевременных родов и операций кесарева сечения выше у пациенток с ранней манифестацией СЗРП.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПО ДАННЫМ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Игнатко И.В., Якубова Д.И., Байбулатова Ш.Ш., Силаева Т.М., Меграбян А.Д.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
г. Москва

Цель

Определить возможность прогнозирования ранней и поздней формы СЗРП по результатам первого пренатального биохимического скрининга (11–13+6 нед).

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 110 историй родов и диспансерных карт женщин, чьи роды закончились рождением детей с СЗРП. На старте исследования, были сформированы 2 группы: с ранней манифестацией СЗРП (до 32 недель беременности), с поздней манифестацией СЗРП (после 32 недель беременности).

Результаты

Критериями включения были одноплодная беременность и живой плод в полости матки на момент проведения исследования. Критерии исключения – многоплодная беременность, врожденные пороки развития и хромосомные аномалии пода. При проведении анализа беременные были разделены на I группу – 48 беременных (43,6%)

с ранней манифестацией синдрома задержки роста плода. II группа – 62 беременные (56,4 %) с поздней манифестацией.

Результаты исследования

При СЗРП с ранней манифестацией МоМ b-hCG 1,17±0,99, а PAPP-A – 0,82± 0,54. При СЗРП с поздней манифестацией МоМ b-hCG составило 1,16±0,86, а МоМ PAPP-A – 0,83± 0,59. При ранней форме 23 случая снижения показателей PAPP-A сопровождались повышением b-hCG выше нормы в 17 случаях (73,9%), а при поздней из 31 случая в 15 (48,4%).

Заключение

При ранней и поздней форме СЗРП не было выявлено достоверных различий в уровнях PAPP-A, b-hCG по данным I пренатального скрининга, однако различалась доля женщин с разнонаправленными изменениями уровней данных маркеров.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОГО ГЕПАТИТА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Исмаилова И.В., Тулегенова Г.А.
НАО ЗКМУ им. М.О. Спанова
г. Актобе

Цель

Цель работы – определение ранних проявлений и клинических особенностей течения врожденного гепатита цитомегаловирусной этиологии.

Материалы и методы

Изучался перинатальный анамнез, состояние ребенка в неонатальном периоде и в рамках клинического исследования. Для подтверждения этиологии проводилась ИФА (определение специфических анти – ЦМВ IgM и анти – ЦМВ Ig G).В работе использовались клинические, биохимические, вирусологические и инструментальные методы исследования.

Результаты

Под наблюдением были – 46 детей у которых диагностирован неонатальный гепатит ЦМВ этиологии, проходившие лечение в отделении гастроэнтерологии АМЦ

«Детский стационар» г. Актобе. Обследованные дети были в возрасте 20–30 дней, из них мальчики составили – 27(62,8%), девочки – 19(37,2%). Среднее физические параметры у исследуемых новорожденных при рождении составил: вес – 3091,2±68,9, рост 50,85±1,08, доношенные – 38(82,6%), недоношенные –8 (17,3%).

По полученным данным дети были разделены на 2 группы:

1 группа дети CMV гепатитом с врожденным пороком развития (ВПР) желчевыводящих путей и 2-ая группа дети с CMV гепатитом без ВПР желчевыводящих путей. При изучении пренатального анамнеза выявлено: в группе детей с CMV гепатитом без пороков развития ЖВП мать родилась от серопозитивных женщин по ЦМВ.

Анемия у матери во время беременности отмечалась у 11(23,9%), гестоз в 1 и во 2 половине беременности – у 7(15,2%), ОРВИ – 3(6,5%), преэклампсия – 1(2,1%), кольпит диагностирован у 15(32,6%). По данным УЗИ исследований во время беременности у материей были определены: многоводие у 14 (30,4%), при гистологическом изучении плаценты у 16(34,7%) определен кальцинаты и у 18(39,1%) определен анти CMV IgG и у 10(21,7%) анти CMV IgM.Предыдущие беременности у обследуемых женщин в – 10 (21,7%) случаев закончились самопроизвольным выкидышом, у 2 (4,3%) мертворождением и 3 (6,5%) были недообследованными в течение всей беременности.

Состояние при рождении по шкале Апгар распределилось следующим образом: у 36 (72,8%) – 8–9 баллов, у 5 (10,8%) составил 6 – 7 баллов, и 5 новорожденных (10,8%) родились в состоянии асфиксии средней степени.

Все новорожденные находились с первых суток на грудном вскармливании.

40 (89,1%) детей в неонатальном периоде наблюдались у педиатра с диагнозом физиологическая желтуха затяжного характера и получали фототерапию, причем у 11 (23,9%) она имела ранее начало (в 1– ые сутки жизни). В процессе исследований у 7 (15,2%) детей диагностирована пороки развития желчевыводящих путей (атрезия желчевыводящих путей) на фоне которого развился гепатит, а у 39 (84,7%) врожденный гепатит носил первичный характер, без пороков развития желчеводящих путей, причем, у них в 96,8% случаях матерей был в анамнезе определен серопозитивный вариант CMV инфекции.

Заключение

Таким образом, реализация внутриутробного гепатита ЦМВ этиологии, должна быть заподозрена у новорожденных детей, родившихся от серопозитивных матерей по ЦМВ с отягощенным акушерским анамнезом, ранней и длительной желтухой в неонатальном периоде, сочетание поражения печени и неврологических расстройств. К особенностям клинического течения врожденного гепатита ЦМВ этиологии можно отнести сочетание симптомов поражения печени и неврологических расстройств.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИТРУЛЛИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЕТОМ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Капралова В.И., Берестень С.А., Гнедько Т.В., Зиновик А.В., Мезян С.М., Прилуцкая В.А.
РНПЦ «Мать и дитя»
г. Минск

Цель

Определить концентрацию цитруллина в сухих пятнах крови у здоровых новорожденных с учетом особенностей энтерального питания.

Материалы и методы

Обследованы 30 здоровых новорожденных. Определение уровня цитруллина проводили на аппарате масс-спектрометр WallacMS2 Tandem Mass Spectrometer с системой жидкостной хроматографии Perkin Elmer Series 200. Результаты обработаны с использованием программного обеспечения Windows-2010, Excel-2010.

Результаты

Средний гестационный возраст обследованных младенцев был 39,30±0,76 недель. Масса тела при рождении составила 3469,00±395,33 г, длина тела – 52,73±1,89 см. Девочек было 17 (56,7 %), мальчиков – 13 (43,3 %). Состояние всех обследованных детей при рождении оценивалось как удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар на первой и пятой минуте жизни составила 8 баллов, соответственно. На момент определения цитруллина масса тела составила 3282,5 (3072,5–3747,5) г. На грудном вскармливании находилось 13 (43,3 %) детей, на смешанном вскармливании – 11 (36,7 %) младенцев и на искусственном – 6 (20,0 %) детей.

Определение цитруллина у здоровых детей обследованной группы проводили на 5,0 (4,0–6,0) сутки жизни. Данный показатель регистрировался в диапазоне от 8,12 мкмоль/л до 25,70 мкмоль/л (12,85 (11,60–15,78) мкмоль/л). У детей, находившихся на грудном вскармливании, показатель цитруллина составил от 8,12 мкмоль/л до 19,10 мкмоль/л (13,70 (12,20–14,90) мкмоль/л), на смешанном от 9,39 мкмоль/л до 25,70 мкмоль/л (12,80 (10,55–15,40) мкмоль/л), на искусственном вскармливании – от 10,10 мкмоль/л до 23,30 мкмоль/л (13,70 (11,15–16,70) мкмоль/л). Наименьшая концентрация цитруллина в плазме крови диагностировался у детей, находившихся на смешанном вскармливании, но статистически значимо не отличался в зависимости от вида вскармливания.

Заключение

Концентрация цитруллина в плазме крови здоровых доношенных новорожденных составляла от 8,12 мкмоль/л до 25,70 мкмоль/л (12,85 (11,60–15,78) мкмоль/л) и статистически значимо не отличалась в зависимости от вида вскармливания.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С УЧЕТОМ ПРЕГРАВИДАРНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И СПОСОБА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЖЕНЩИН

Прилуцкая В.А.[1], Пивченко Т.П.[1], Иванова Е.В.[2], Самойлович С.В.[2]

1 УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
2 ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
г. Минскь

Цель

Сравнить результаты эхокардиографии у новорожденных от матерей с СД1 с учетом прегравидарного индекса массы тела (ИМТ) и способа инсулинотерапии женщин.

Материалы и методы

Группа наблюдения – 100 доношенных новорожденных от матерей с СД1, выделено 2 группы с учетом ИМТ женщины. Группа контроля (ГК) – 25 детей от матерей с нормальным ИМТ. С учетом способа инсулинотерапии выделены ГрА с помповой инсулинотерапией (n=22) и ГрБ с многократным введением инсулина (n=78). Показатели ССС исследованы методом ЭХО-КГ на 4–7 сутки.

Результаты

Антропометрические показатели 62 детей 1 группы (Гр1), прегравидарный ИМТ матерей которых равен 21,3±2,4 кг/м2, были масса тела (МТ) 3765±578 г, длина тела (ДТ) 53±2,8 см. 38 новорожденных 2 группы (Гр2), прегравидарный ИМТ которых составил 29,3±3,1 кг/м2, имели МТ 3810±560 г, ДТ 54±2,7 см. Возраст, паритет беременности, родов, стаж СД в группах не различались. В структуре ВПС в обеих исследуемых группах самым частым был ДМПП (Гр1 – 13 (20,9%), Гр 2 – 9 (23,9%), p>0,05) со средним диаметром дефекта 4,3±1,4 и 3,0±1,5 мм соответственно (p=0,04). Выявлены незна-

чительная регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах, дисфункция аортального клапана установлена только в Гр1 (6,4%). Фракция укорочения (ФУ) в Гр1 была 35,0±5,2%, Гр2 – 37,0±3,8%. Фракция выброса (ФВ) в Гр1 – 67,0±7,1%, Гр2 – 70,0±5,2% (p=0,636). Размеры межжелудочковой перегородки (МЖП) в Гр1 составили 4,3 [4,0; 5,0] мм, не имели различий с Гр2–4,0 [4,0; 5,0] мм, но значимо отличались от показателя ГК. Толщина МЖП ≥5 мм в Гр1 была у 32,3% младенцев (n=20), в Гр2 – 34,2% (n=13), p>0,05. Размеры задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) составили 3,0 [3,0; 3,3] и 3,0 [2,6; 3,2] мм соответственно (p=0,613). Антропометрические показатели 22 детей группы А (ГрА), матерей которых получали непрерывную инсулинотерапию, были МТ 3587±428 г, ДТ 52±2,9 см. 78 новорожденных группы Б (ГрБ), матери которых не получали помповую инсулинотерапию, имели МТ 3911±585 г (p=0,022), ДТ 54±2,6 см (p=0,021). Размеры МЖП в ГрА были 4,6 [4,0; 5,0] мм, в ГрБ–4,0 [4.0; 4,3] мм, p=0,008. Размеры ЗСЛЖ составили 3,0 [3,0; 3,5] и 3,0 [2,5; 3,0] мм соответственно (p=0,048). Толщина МЖП ≥5 мм в ГрА была 4,5% (n=1), в ГрБ 41,0% (n=32), F=0,144, p=0,001. Достоверных различий ФУ и ФВ не установлено.

Заключение

Прегравидарный СД1 приводит к изменениям эхокардиографических данных, особенно значимых для размеров МЖП. Прегравидарные избыточная МТ/ожирение женщин с СД1 не оказали значимого влияния на анализируемые параметры ЭХО-КГ младенцев. Помповая инсулинотерапия у женщин с СД1 обеспечила достоверно более низкие показатели толщины МЖП и ЗСЛЖ у новорожденных. Выявленные особенности ССС у детей от матерей с СД1 с учетом анализируемых факторов позволят в дальнейшем определить направления ранней профилактики.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ И ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ

Рюмина И.И., Марычева Н.М., Силачев Д.Н., Орловская И.В., Жаанбаева Н.С., Зубков В.В.
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Цель

Повышением эффективности симптоматической и патогенетической терапии, и улучшение качества жизни детей с врожденным буллезным эпидермолизом.

Материалы и методы

Дети с БЭ относятся к группе высокого риска формирования хронической и инвалидизирующей патологии и наиболее уязвимыми для действия неблагоприятных факторов в неонатальном периоде и в первые месяцы жизни являются кожа и слизистые верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

Результаты

В ФГБУ НМИЦАГП им. В.И. Кулакова МЗ РФ с привлечением Благотворительного Фонда «Дети-бабочки» разработана маршрутизация и алгоритм ведения новорожденных с БЭ.

• При рождении ребенка и при подозрении на буллезный эпидермолиз проводится телемедицинский консилиум регионального врача со специалистами ФГБУ НМИЦАГП им. В.И. Кулакова МЗ РФ (Центр).

• Региональный департамент здравоохранения организует перевод ребенка в Центр в течение двух недель после рождения ребенка.

• В период нахождения ребенка в ФГБУ НМИЦАГП им. В.И. Кулакова МЗ РФ ему проводится: клиническое наблюдение, комплексное обследование с использованием необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования и симптоматическое лечение буллезного эпидермолиза и сопутствующих заболеваний.

• Предлагается индивидуальный план лечения, так как буллезный эпидермолиз включает в себя около 30 отдельных фенотипических и генотипических форм.

• После выписки из Центра наблюдение пациентов проводится в Научно-консультативном педиатрическом отделении ФГБУ НМИЦАГП им. В.И. Кулакова МЗ РФ 1 раз в 6 месяцев до 3 лет совместно с врачом-дерматологом.

• При невозможности наблюдения ребенка в Центре после выписки из стационара 1 раз в 6 месяцев проводится телемедицинский консилиум.

Проводится медико-генетическое консультирование при планировании последующей беременности

Заключение

Разработка и использование новых медико-организационных решений и инновационных технологий лечения, ранней абилитации детей с БЭ, основанных на преемственности, непрерывности и комплексности наблюдения за пациентами после выписки из неонатологического стационара позволяют избавить ребёнка от страданий и обеспечить ему нормальную жизнь.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВЖК I СТ

Рюмина И.И., Нароган М.В., Боброва А.М.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. г. Москва

Введение

Внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) новорожденных занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальной патологии, несмотря на достижения в выхаживании недоношенных детей. Незрелость сосудов герминального матрикса и регуляции центральной нервной системы являются основными факторами, приводящими к внутричерепным кровоизлияниям у новорожденных. Кровотечение обычно начинается в субэпендимальной области и может распространяться либо в желудочки, либо в паренхиму мозга. К другим причинам ВЖК относятся быстрое увеличение объема вводимой жидкости, перинатальная механическая травма, перинатальная асфиксия и коагулопатия.

Наибольший риск развития ВЖК приходится на первые 3 дня жизни. Основным методом диагностики ВЖК является нейросонография, при которой определяется распространенность кровоизлияния, что позволяет классифицировать ВЖК

от I до IV степени. У большинства пациентов ВЖК 1–2 степени протекают бессимптомно, и разрешаются спонтанно. ВЖК III-IV степени может осложниться окклюзией ликворных путей, что требует хирургического вмешательства. ВЖК, в основном, диагностируется у недоношенных детей, и является редким явлением у доношенных.

Прогноз зависит от степени ВЖК, в литературе сведений о исходах у детей с ВЖК 1–2 степени крайне мало.

Цель

Определить частоту встречаемости, степень тяжести, время возникновения, и ранние исходы у новорожденных с ВЖК I степени и оптимизировать тактику лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 763 историй болезней новорожденных детей, получавших лечение в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей в 2019 году. В исследования включены 65 новорожденных с диагнозом ВЖК I, который устанавливался на основании результатов нейросонографии.

Результаты

Из 763 новорожденных ВЖК 1–3 диагностировано у 73 новорожденных, из них – 76,7% родились недоношенными, 23,3 % – доношенными. ВЖК 1 диагностировано – у 65 детей, ВЖК2 – у 7, ВЖК 3 – у 1 ребенка, что составило 9,5%. Из 65 новорожденных с ВЖК1– 3 ребенка родились менее 28 недель гестации, с массой тела 1038г (780–1440 г), 18 детей – на 29–33 неделе, с массой тела 1773 г (990–2540г), 34 – на 34–38 неделе, с массой тела 2695г (1864–3885г), и 10 детей родились на 39–41 неделе с массой тела – 3390 г (2860–3850г). У 40 детей (61,5%) ВЖК 1 было диагностировано в течение первых трех суток жизни, у 6 (9,3%) на 4–6 сутки, на 7–30 сутки – у 16 детей (24,6%), в течение 2–3 месяца жизни – у 3 (4,6%). Все дети получали лечение: в/м введение 1% р-р викасола, 48% детей получали в/в р-р этамзилата натрия, 21 из 65 детей (32,3%) было проведено переливание свежезамороженной плазмы. Изменения в коагулограмме наблюдались 57,1%, у которых ВЖК сочеталось с легочным или желудочным кровотечением, у 42,9% изменения в коагулограмме отсутствовали. У половины пациентов (11 детей) ВЖК 1 в сочетании с кровоизлияниями в кожу было основным показанием для трансфузии плазмы, из них у 6 – ВЖК1 было единственным показанием. У 57,5% при выписке из стационара не отмечалось никакой неврологической симптоматики. Катамнестическое наблюдение проведено у 19 новорожденных с ВЖК 1 в течение 1 года жизни, из них 16 недоношенных и 3 – доношенных. У 9 детей отмечены признаки мышечной дистонии.

Заключение

Обращает на себя внимание достаточно высокая частота ВЖК1 степени у доношенных детей, что отличается от частоты этой патологии, описанной в литературе. Большинство ВЖК 1 степени протекают бессимптомно, не сопровождаются выраженными изменениями в коагулограмме, что ставит под сомнение целесообразность трактовки ВЖК 1 ст, как проявление синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и обоснованность назначения трансфузии плазмы. Проявления мышечной дистонии является крайне субъективным симптомом, и может отражать возрастную динамику мышечного тонуса, особенно у недоношенных детей.

ВЕДЕНИЕ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ

Саркисян Е.А.[1], Левченко Л.А.[1], Асатрян А.Р.[2]

1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
2 Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка
г. Москва, г. Ереван

Цель

Оценить особенности ранней адаптации поздних недоношенных, имеющих ряд физиологических, психоневрологических, морфофункциональных особенностей.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй развития 50 новорожденных. второго этапа выхаживания за период 2017– 2019. Возраст матерей 22,5±7,8 года. В соматической патологии матерей заболевания сердечно – сосудистой системы, нарушения свертываемости крови, ИМВП, гипотиреоз. Отягощенный акушерский анамнез у выявлен у 44 (88%) матерей.

Результаты

Дети родились от беременности 34–36 6/7 недель (средний гестационный возраст 35,3±0,7), имели вес 2.003±430 (1780–2450). Маловесными к сроку гестации были 9 (185), оперативным путем 32(4%), от многоплодной беременности родились 12 (24%). Апгар (5,8±1,266.). Сочетанная патология, у 45 (95%) Респираторные расстройства оценены по Даунсу 3,9±1,666. В основном пневмония 26 (52%). РДСН диагностирован

только у 3 (6%). Респираторная поддержка ранний назальный CPAP и 2 неинвазивная ИВЛ, с ранним переходом на CPAPн. Куросурф введен 2. Кроме 2, дети поступали в отделение 2 этапа выхаживания в среднетяжелом состоянии, не нуждались в кислородотерапии, с признаками ДН 0–1ст., инфекционного токсикоза, неврологической сипмтоматикой синдрома угнетения. Частота развития НЭК 10 % (НЭК 1а у 4, 1б 1). Неврологические нарушения связаны с гипоксическими поражениями ЦНС 1 ст. 38– 76 %), у 2 ВЖК 1–2 (4 %), у всех отмечалась морфофункциональная незрелость мозговой ткани. У 3(6 %) выявлена врожденная ЦМВ, у двойни (1 с субклинической, 2 с манифестной формой ЦМВ). Наряду, с назначенным лечением всем детям проведен кардиологический, аудиологический, неонатальный (в 7 и 14 дни жизни) скрининг. Кардиоскрининг проведен всем, ФФК у всех (ООО у всех, ОАП у 10), ГЗ ФАП у 2(4%). Из маркеров воспаления при наличие инфекционного процесса только лейкоцитоз, увеличение молодых нетрофилов. СРБ положительный только у 5 (10%). 2 детей переведены из родильного дома по поводу тромбоцитопении, транс– и изоиммунизации не выявлено. Тромбоцитопения разрешилась на фоне лечения инфекционного процесса. Средняя длительность госпитализации составляет 17,3±4,7 дней. Выраженных геморрагических нарушений удетей данной группы не было. При выписке анемия развилась у 6(12%). УЗ методы включала нейросонографию, УЗИ ОБП и почек, эхо– кардиографию, тазобедренных суставов. Все дети наблюдались неврологом и ретинологом. Антпбактериальное лечение включало введение антибиотиков по чувствительности выявленной микрофлоры. Иммуноглобулины введены всем детям с тромбоциопенией, ИМВП, специфические с ЦМВИ. В инфузионной терапии нуждались только 10,в фототерапии все. 5 получали Эритропоетин. Профилактика геморрагического синдрома проводилась всем. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Таким образом, у поздних недоношенных присутствуют фактически все основные патологические состояния, свойственные неонатальному периоду. Антенатальная профилактика РДСН, ранние и правильно организованные лечебно-профилактические мероприятия, своевременная диагностика и корректное лечение с использованием современных протоколов, учитывая возможные патологии этого возраста, правильное их наблюдение и ведение постнатальном периоде, являются залогом уменьшения длительности госпитализации и в дальнейшей инвалидизации подрастающего поколения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черненков Ю.В., Эйберман А.С., Бочкова Л.Г.

Саратовский государственный медицинский университет г. Саратов

Цель

Определение частоты и этиологической структуры грибковой колонизации новорожденных в отделении реанимации при различных способах родоразрешения.

Материалы и методы

Обследованы 80 новорожденных детей. Из них 71 (88,8%) ребенок был недоношенным с низкой массой тела при рождении. Биоматериал забирался со слизистой оболочки полости рта и фекалий. Биоматериал наносился на агар Сабуро и агар Чапека с дрожжевым и солодовым экстрактами с последующей видовой идентификацией изолятов по api Candida test – api 20 C AUX.

Результаты

Положительные результаты для грибковой колонизации были установлены у 44 (54,3%). Изоляты у 5 (6,2%) доношенных новорожденных были полностью идентичны таковым из вагинального секрета матерей.

При анализе полученных результатов была выявлена статистически значимая ассоциация между наличием Candida albicans у матерей и новорожденных ($\chi 2 = 25{,}25$, $P < 0{,}001$). Сходство между материнской и неонатальной грибковой микрофлорой указывает на риск развития микозов у новорожденных при рождении через естественные родовые пути.

Новорожденные с положительными результатами были распределены на две группы в зависимости от способа родоразрешения. При этом статистически значимая связь между способом родоразрешения и наличием грибковой колонизации у новорожденных обнаружена в раннем неонатальном периоде на 2 – 3 сутки жизни ($\chi 2 = 26{,}16$, $P < 0{,}05$), что свидетельствует о более низком уровне заражения новорожденных при оперативном родоразрешении. В позднем неонатальном периоде на 10 – 15 сутки жизни статистически значимой связи между способом родоразрешения и наличием грибковой колонизации у новорожденных не было обнаружено ($\chi 2 = 0{,}13$,

P> 0,05), что указывает на вероятность нозокомиального инфицирования новорожденных возникшем в процессе их лечения.

Имеются различия структуры грибковой микрофлоры в зависимости от возраста детей. Для ранней колонизации характерно наличие грибов рода Candida spp. (30,9%), что имеет сходство с результатами у матерей. В позднем неонатальном периоде у недоношенных детей 19 (23,5%) были обнаружены плесневые грибы, такие как Aspergillus flavus, Penicillium expansum Link, Mucor racemosus.

Заключение

Длительное пребывание новорожденных в условиях неонатального стационара создает условия для инфицирования госпитальными штаммами грибов и развития госпитальных микозов.

Кандидозная инфекция у матерей является важным фактором риска для развития таковой инфекции у новорожденных.

Способ родоразрешения определяет характер грибковой колонизации только на ранних сроках неонатальной адаптации.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТАХ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И РДС

Шилова Н.А., Кулида Л.В.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» МЗ РФ г. Иваново

Цель

провести сравнительный анализ морфологических изменений в плацентах глубоконедоношенных детей с врожденной пневмонией и респираторным дистресс синдромом.

Материалы и методы

Проведено морфологическое исследование плацент 274 женщин, родивших детей сроком гестации менее 32 недель и массой тела менее 1500 г. 1-ую группу соста-

вили плаценты глубоконедоношенных детей с врожденной пневмонией (n=157), 2-ую группу – с респираторным дистресс синдромом (n=117).

Результаты

При сравнительном морфологическом исследовании плацент 1-й и 2-й групп не выявлено статистически значимых различий по частоте нарушений имплантации и плацентации. Ведущее место в структуре патоморфологических изменений в плацентах сравниваемых групп занимали воспаление и нарушения маточно-плацентарного кровообращения. Дисциркуляторные и воспалительные изменения в плацентах сопровождались развитием дистрофических изменений в эпителии и строме ворсин без достоверных межгрупповых различий. Патоморфологические изменения в плацентах инициировали развитие процессов адаптации и компенсации, выраженность которых отличалась вариабельностью. Так, адаптационные процессы в плаценте в виде полнокровия промежуточных и терминальных ворсин определялись статистически значимо чаще в плацентах женщин 1 гр. – в 16(10,1%) случаях, тогда как во 2 гр. – только в 2(1,7%) случаях (ОР 6,52, 95% ДИ 1,47–28,96; p=0,006). Компенсаторная гиперплазия капилляров терминальных ворсин, составляющая структурную основу реализации трофической функции плаценты, достоверно чаще регистрировались в плацентах женщин 2 гр. – в 10(6,4%) случаях, против 3(1,9%) в 1 гр. (ОР 0,21, 95% ДИ 0,06–0,78; p=0,016. Остальные виды компенсаторных реакций по частоте встречаемости статистически значимо в группах не различались. При сопоставлении патоморфологических изменений и компенсаторных процессов в плацентах сравниваемых групп диагностирована плацентарная недостаточность (ПН), основным патоморфологическим субстратом которой явились воспаление в сочетании с нарушения маточно-плацентарного кровообращения. Хроническая ПН в 1,3 раза чаще (но статистически не достоверно) определялась в 1-й гр. по сравнению со 2-й. Достоверно чаще в 1-й гр. диагностирована острая ПН – в 25 (15,9%) случаях, против 6(5,1%) случаев во 2 группе (ОР 3,5, 95% ДИ 1,39–8,85; p=0,004). Полученные результаты показали, что воспаление в плаценте в сочетании с нарушениями маточно-плацентарного кровообращения на фоне недоразвития компенсаторных процессов приводит к развитию хронической субкомпенсированной ПН. Наличие инфекционно-воспалительных поражений плацент исследуемых групп является дополнительным подтверждением определяющей роли инфекционного процесса в патогенезе преждевременных родов, но не врожденной пневмонии.

Заключение

Отсутствие статистически значимых различий по частоте выявленной патологии в плацентах сравниваемых групп предполагает поиск и разработку других допол-

нительных факторов, определяющих морфогенез врожденной пневмонии у данной категории детей.

СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис нажмите на нужный пункт содержания

Анестезиология-реаниматология

3 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ВВЕДЕНИИ КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ НА ОСНОВЕ ЖЕЛАТИНА
Алферова Н.Б., Калачин К.А., Пырегов А.В., Филиппович Г.В.

5 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19
Безнощенко О.С., Бакуридзе Э.М., Хачатрян Н.А., Есаян Р.М., Гаврилова Т.Ю., Козаченко И.Ф., Кречетова Л.В.

6 ПРИМЕНЕНИЕ КЕТАМИНА 25 МГ КАК КОМПОНЕНТА ОБЩЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
Гриднева М.А., Калачин К.А., Пырегов А.В.

8 ПРИНЕМЕНИЕ ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА» ПРИ COVID-19: ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ И ВЫРАБОТКА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ЕЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ
Денисова Т.В., Пырегов А.В.

10 ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ. ЧТО НОВОГО?
Дроздов Р.Г., Терентьев Н.В., Логунко К.П., Терентьева О.Н., Стяжкин А.А., Иванов А.А.

12 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПЕРБАРИЧЕСКОГО И ИЗОБАРИЧЕСКОГО БУПИВАКАИНА ДЛЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)
Заварзин П.Ж., Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Голубев В.В., Арабаджан С.М.

13 ТЕРАПИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Когаринова Е.В., Пырегов А.В.

14 РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ
Михайлова В.Д., Пырегов А.В., Рогачевский О.В.

16 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Нитченко А.В., Пырегов А.В., Рогачевский О.В.

18 ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА ГЕМОРЕОЛОГИЮ У БОЛЬНЫХ С СЕПСИСОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Рахимов А.Т., Алиева М.Дж., Рахимова Ш.А.

20 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬНЫХ COVID-19
Садыков В.Ф., Пырегов А.В., Полтавцева Р.А.

22 АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА ВТОРОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Спиридонова Н.В., Каганова М.А., Лиходедова В.А. Петянова В.А., Денисова Н.Г., Сыресина С.В., Артюх Ю.А.

23 ОПТИМИЗАЦИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Безверхий А.А., Карташева С.В. Арабаджан С.М.

24 ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ С ПОМОЩЬЮ НИЗКОДОЗНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ
Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М.

25 ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ
Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Токарева В.В.,Голубев В.В., Пинчуков А.В., Арабаджан С.М.

Организация медицинской помощи новорожденным

27 АНАЛИЗ АКУШЕРСКОГО ЭТАПА СЛУЧАЕВ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
Каганова М.А., Спиридонова Н.В., Лиходедова В.А., Петянова В.А., Денисова Н.Г.

28 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКИМ ВЕСОМ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКИМ ВЕСОМ И С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ
Саркисян Е.А.[1], Асатрян А.Р.[2], Кочарян А.Н.[2]

30 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ МАЛОВОДИИ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Спиридонова Н.В., Каганова М.А., Лиходедова В.А.

31 ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – НЕОНАТОЛОГА. КЛИНИЧЕСКОЙ НАБЛЮДЕНИЕ
Сытова Е.А., Панина О.С., Черненков Ю.В.

32 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ ЛЕГКИХ КАК МЕТОДА ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ В СУРФАКТАНТЕ У КРАЙНЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Щеглов Б.О.

Хирургия новорожденных

34 ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО, МАНИФЕСТИРОВАВШИЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Дорофеева Е.И., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л., Бокерия Е.Л., Барышникова И.Ю.

36 СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ TLR4 И GATA3 В КРОВИ КАК ПРЕДИКТОР НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
Никитина И.В.[1], Донников А.Е.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Крашенинникова Р.В.[1], Непша О.С.[1], Ленюшкина А.А.[3], Дегтярев Д.Н.[1,2]

Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

38 ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛ ОЦЕНКИ БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Андреев А.В., Харламова Н.В., Шилова Н.В., Песенкина А.А.

40 ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИСХОДА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКСИИ И ПЕРЕНЕСШИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ГИПОТЕРМИЮ
Быкова Ю.К., Ушакова Л.В., Филиппова Е.А., Сугак А.Б., Ватолин К.В.

41 ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГИПОТЕРМИИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ
Желев В.А., Любина Т.А., Кузьмин Д.А., Юн В.Э., Яковлева Д.О.

43 ИОННЫЙ ДИСБАЛАНС ПУПОВИННОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ
Левченко Л.А., Саркисян Е.А.

45 ИНФЕКЦИЯ – ДЕЙСТВИЕ НА ОПЕРЕЖЕНИЕ. АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАТУСА: ТОЧКА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ
Мумрикова М.А., Бабак О.А., Скальный А.В.

46 ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА КАНЮЛЯЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Щеглов Б.О.

Респираторная терапия новорожденных

48 ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ОЦЕНКИ АНТРОПОМЕТРИИ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Завьялов О.В., Маренков В.В., Дементьев А.А., Чабаидзе Ж.Л., Пасечник И.Н., Игнатко И.В.

50 ЗНАЧЕНИЯ КОС У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ
Левченко Л.А.[1], Скосарева Г.А.[2]

52 КОРРЕЛЯЦИИ ШКАЛЫ APGAR У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Левченко Л.А.[1], Фёдорова Т.В.[2]

Энтеральное и парентеральное питание новорожденных

54 НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС
Абдуллаева Г.М.

55 ОЦЕНКА РЕАКЦИИ НА БОЛЬ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНОМ ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ
Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К.

56 ОПЫТ ЭНТЕРАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНЕННЫХ ДЕТЕЙ ОЧЕНЬ И ЭСТРЕМАЛЬНО МАССОЙ ПРИ РОЖДЕНИИ
Саркисян Е.А. [1], Асатрян А.Р.[2], Заргарян М.А.[2]

Болезни новорожденных

58 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Будалова А.В., Харламова Н.В., Кузьменко Г.Н.,Назаров С.Б., Филиппов С.Э.

60 ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Деревягина О.С.[1,2], Нароган М.В.[1,2], Рюмина И.И.1

61 ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
Ермолаева А.Н., Караваева А.Л., Тимофеева Л.А

64 НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА
Игнатко И.В., Байбулатова Ш.Ш., Меграбян А.Д.

66 КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Игнатко И.В., Якубова Д.И., Байбулатова Ш.Ш., Силаева Т.М., Меграбян А.Д.

67 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПО ДАННЫМ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА
Игнатко И.В., Якубова Д.И., Байбулатова Ш.Ш., Силаева Т.М., Меграбян А.Д.

68 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОГО ГЕПАТИТА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Исмаилова И.В., Тулегенова Г.А.

70 КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИТРУЛЛИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЕТОМ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ
Капралова В.И., Берестень С.А., Гнедько Т.В., Зиновик А.В., Мезян С.М., Прилуцкая В.А.

71 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С УЧЕТОМ ПРЕГРАВИДАРНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И СПОСОБА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ЖЕНЩИН
Прилуцкая В.А.[1], Пивченко Т.П.[1], Иванова Е.В.[2], Самойлович С.В.[2]

73 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ И ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ
Рюмина И.И., Марычева Н.М., Силачев Д.Н., Орловская И.В., Жаанбаева Н.С., Зубков В.В.

74 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВЖК I СТ
Рюмина И.И., Нароган М.В., Боброва А.М.

76 ВЕДЕНИЕ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ
Саркисян Е.А.[1], Левченко Л.А.[1], Асатрян А.Р. [2]

78 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Черненков Ю.В., Эйберман А.С., Бочкова Л.Г.

79 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТАХ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И РДС
Шилова Н.А., Кулида Л.В.