23–25 ноября 2022 года

XV ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

XV ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА
М., 2022 – 113 с.

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

23–25 ноября 2022 года
г. Москва

ISBN 978-5-6046126-5-1

© «МЕДИ Ивент», 2022

Анестезиология-реаниматология

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ

Ануфриева Н.А., Каменева Е.А., Ушакова И.А., Шибельгут Н.М., Паличев В.Н., Самоделкин В.С.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»
г. Кемерово

Цель

Повышение качества оказания медицинской помощи беременным и родильницам в Кемеровской области.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ мероприятий, проводимых в Кузбассе с 2007-2021гг. в отношении оказания высококвалифицированной и специализированной анестезиолого-реанимационной помощи больным с экстрагенитальной патологией при беременности и родах, осложненной полиорганной недостаточностью.

Результаты

Неутешительные цифры материнской смертности в Кузбассе в 2005 году – 61,4 (по России – 25,4) на 100 тыс. родившихся живыми, показали необходимость проведения реорганизации в оказании акушерской помощи, а в частности в структуре акушерско-гинекологической анестезиолого-реанимационной службы, которая не выдерживала ни принципов этапности, ни последовательности и своевременности оказания специализированной помощи. Был принят ряд организационных мер, определенных приказами департамента здравоохранения Кемеровской области: – Приказом МЗ Кузбасса все акушерские стационары области разделены на группы, определена маршрутизация беременных женщин, рожениц и родильниц согласно трехуровневой системе оказания медицинской помощи. – На базе ГАУЗ КОКБ с июля 2007 года функционирует областной центр интенсивной терапии акушерской полиорганной недостаточности (ОЦИТАПОН). Основная задача – оказание высококва-

лифицированной и специализированной медицинской помощи акушерским больным, находящимся в критическом состоянии (№ 241а от 06.04.2006г.). В данном центре концентрируются пациентки с тяжелой экстрагенитальной патологией с ПОН (по шкале SOFA 2 и более баллов). За 2007-2021 гг. пролечено 151 женщина, из которых умерло 14 (9,2%). – С 2015 года на базе перинатального центра КОКБ функционирует в круглосуточном режиме акушерский дистанционный консультативный центр, который ежегодно проводит более 5000 консультаций, в том числе телемедицинских. Специалистами центра в режиме онлайн принимаются решения об объеме оказания медицинской помощи беременным или родильницам и при необходимости осуществляется перетранспорт в акушерский стационар 3 группы или ОЦИТАПОН. – В целях повышения качества оказания помощи новорожденным и женщинам в период беременности и родов создан обучающий (симуляционный) центр по подготовке кадров «акушерского» и «неонатлогического» профиля. Принятые меры позволили своевременно оказывать специализированную и высококвалифицированную реанимационную помощь на койках, оснащенных современным оборудованием. За анализируемый период материнская смертность значительно снизилась: 2007г. – 26,3 (22,0 по РФ), 2016г. – 9,2 (10,0), 2020г. – 8,8 (11,2) и 2021г. за счет летальности от COVID-19 – 13,9 (34,5 по РФ).

Заключение

Таким образом, разработанные в Кузбассе организационно-методические мероприятия, направленные на снижение случаев материнской смертности, показали высокую эффективность. Концентрация пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией (сепсис, пневмонии, ТЭЛА и др.) в едином центре ОЦИТАПОН позволило своевременно оказывать высококвалифицированную реанимационную помощь ведущими специалистами Кузбасса.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ФИБРИНОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

Безнощенко О.С., Иванец Т.Ю., Городнова Е.А., Пырегов А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Оценить состояние системы фибринолиза у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 различной степени тяжести в период заболевания и реконвалесценции.

Материалы и методы

В исследование включен 141 пациент с COVID-19: легкой – 39, средней- 65 и тяжелой степени – 37. Исследовали образцы цельной венозной крови с цитратом натрия 3,2%, используя тромбоэластометр ROTEM Delta (Германия). Анализировали ТЭМограммы теста EXTEM максимальный лизис (ML).

Результаты

В период заболевания у пациентов с COVID-19 активность фибринолизане зависела от степени тяжести: 7 % (5:10), 7 % (4,5:12), 7 % (1,8:11,3) соответственно (p=0,8655). Однако, снижение лизиса сгустка (ML EXTEM < 3,5 %) выявлено у 6 (0,9 %) пациентов с COVID-19 средней и 2 (5,4 %) пациентов тяжелой степени. Кроме того, у четырех из них уровень D-димера превышал 2,6 мкг/мл, что являетсямаркером внутрисосудистой активации коагуляции, следовательно, эти пациенты представляют группу высокого риска тромботических осложнений и развития полиорганной недостаточности. В динамике у пациентов средней и тяжелой степени тяжестиактивность фибринолиза снижалась и в периоде реконвалесценции составила: 4,5 % (2:8) и 3 % (0:4,8) (p<0,005) соответственно, при этом у пациентов, перенесших COVID-19 в легкой степени, оставалась на высоком уровне 6 % (4:8,8).

Заключение

Поскольку активаторами внешнего пути фибринолиза являются эндотелий, моноциты и макрофаги, а COVID-19 микрососудистое заболевание, фибринолиз усиливается привоспалении. В случаях тяжелого течения COVID-19 фибринолиз может оста-

навливаться, что ведет к развитию макро- или микротромбоза. В периоде реконвалесценции происходит восстановление физиологической активности фибринолиза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ШОКА И ЕГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У БЕРЕМЕННОЙ

Белов А.В., Елизарова Е.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Рассмотреть дифференциальный подход неотложных состояний во время беременности, при которых отмечается острая артериальная гипотония и остановка сердца.

Материалы и методы

Представлен клинический случай пациентки Н, 40 лет. Диагноз: Беременность 4, роды 2, на сроке 39 недель.

Предыдущая беременность протекала без существенных особенностей. Аллергоанамнез не отягощен.Пациентке планировалось родоразрешение через естественные родовые пути.

Результаты

Во время начала родовой деятельности, в первыйпериод родов, при усилении болевого синдрома, было принято решение о проведении пациентке эпидуральной аналгезии. В родильном зале после придания женщине положения на боку с приведенными к животу коленями и после обезболевания кожи 2% раствором Лидокаина, пациентка стала предъявлять жалобы на тошноту, слабость, затруднение дыхания. Объективно отмечалась снижение сатурации, гипотония, нарушение сознания. Было принято решение об оперативном родоразрешении. Интраоперационно и лабораторно отмечалась гипокоагуляция. По ЭхоКГ отмечалась умеренная легочная гипертензия и умеренное снижение фракции выброса. После проведения симптоматической терапии: коррекция гемостаза, вазопрессорной поддержки, отмечалось улучшение состояния. На 7-е сутки после проведения лечения в отделении интенсивной терапии, пациентка была переведена в послеродовое отделение.

Из-за неоднородной клинической картины существует ряд дифференциальных диагнозов, которые следует учитывать при остром сценарии, особенно при специфическом лечении.

Острая артериальная гипотония и остановка сердца во время беременности, родов и послеродового периода может возникнуть внезапно и дифференциальная диагностика должна включать в себя такие состоянии как: ТЭЛА, ЭАЖ, воздушная эмболия, геморрагический шок, анафилактический шок, септический шок, эклампсия, ПОНРП, разрав матки, инфаркт миокарда, осложнения при анестезии и другие.

Эмболия амниотической жидкостью классически характеризуется клинической триадой гемодинамического коллапса, коагулопатии и респираторного дистресса в результате попадания амниотической жидкости или антигенов плода в кровоток матери.

Заключение

Эмболия околоплодными водами – редкое, но опасное для жизни осложнение беременности. Не выявлено существенных факторов риска, которые помогли бы прогнозировать и предотвращать случаи эмболии околоплодными водами в клинической практике, что усложняет лечение случаев, при их возникновении. Следует тщательно рассмотреть альтернативные диагнозы из-за неспецифических и разнообразных проявлений эмболии околоплодными водами. Диагноз ЭАЖ носит клинический характер и является диагнозом исключения.

ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ТМК

Громов А.Д., Пырегов А.В., Софронов К.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Выявление причин неблагоприятного исхода у пациенток с акушерским сепсисом на основании анализа регистра Критических Акушерских Состояний.

Материалы и методы

Выполнено когортное ретроспективное исследование с изучением регистра Критических Акушерских состояний, первичной медицинской документации.

Результаты

По данным регистра КАС на 02.11.2022 зарегистрировано 546 случаев КАС с ведущими критериями сепсис и септический шок, из них 86 случаев закончились летальным исходом: III уровень – 67 случаев, II уровень – 14 случаев, I уровень – 2 случая, Уровень не указан (в т.ч. вне МО) – 3 случая. Летальность составила 15, 75% от всех установленных диагнозов сепсиса и септического шока.

Результаты анализа регистра КАС (причины неблагоприятного исхода):

Организационные:

Оказание медицинской помощи на I-II уровне медицинских организаций;

Несвоевременная маршрутизация пациента в профильный стационар;

Необращение или позднее обращение за медицинской помощью в медицинскую организацию;

Несвоевременное проведение или непроведение телемедицинских консультаций;

Акушерские:

непроведение антибиотикопрофилактики перед операцией Кесарево сечение при наличии показаний;

хориоамнионит, метроэндометрит, антенатальная гибель плода, инфекция области хирургического вмешательства;

несвоевременная санация гнойного очага (позднее 12 часов от момента установки диагноза сепсис).

Неакушерские:

Коронавирусная инфекция с присоединением бактериальной флоры;

Уросепсис;

Инфекции кожи и мягких тканей;

Инфекции головного мозга и его оболочек;

Ангиогенный сепсис и бактериальный эндокардит (как правило ассоциированный с парентеральным употреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией).

Реанимационные: этиотропные, гемодинамические, респираторные, коагуляционные, острое почечное повреждение.

Заключение

Анализ данных регистра КАС указывает на полиморфизм инфекционного очага у пациенток с послеродовым сепсисом.

Маршрутизация пациентов с послеродовым сепсисом осуществляется на III уровень акушерских стационаров страны, однако есть потенциал роста за счет стационаров II уровня.

Проведение телемедицинских консультаций пациентам с сепсисом, тяжелой системной инфекцией или септическим шоком является обязательным при оказании медицинской помощи данной группе пациенток.

ЦЕЛЕВАЯ ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПЛАНОВОМ АБДОМИНАЛЬНОМРОДОРАЗРЕШЕНИИ

Диков А.В., Пырегов А.В.

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

Актуальность

Акушерские кровотечения продолжают входить в пятерку лидеров причин материнской заболеваемости и смертности наряду с инфекционными осложнениями и гипертензивными расстройствами во время беременности (преэклампсия и эклампсия) (ВОЗ). Ежегодно от послеродовых кровотечений в мире погибает до 125 тысяч женщин.

На фоне проводимой терапии кровотечений нельзя недооценивать роль оценки лабораторных показателей системы гемостаза для выявления и точной коррекции нарушений. У пациентов в критических состояниях для диагностики угрожающих жизни нарушений системы гемостаза наряду с традиционными клоттинговыми методами широко используют интегральные тесты. Из классических методов исследований крайне важным является определение уровня фибриногена для эффективной коррекции коагулопатий. Метод тромбоэластометрии позволяет быстро и полноценно проводить и мониторировать состояние системы гемостаза. Если результатом классических тестов является образование сгустка, то тромбоэластометрия позволяет оценить кинетику тромбообразования, качество фибринового сгустка, функциональную активность тромбоцитов и фибринолитическую активность.

Цель исследования

Оптимизация трансфузионной терапии кровотечений в периоперационном периоде при плановом абдоминальном родоразрешении путем управляемой коррекции гемостаза.

Материалы и методы

Нами было проведено проспективное рандомизированное контролируемое исследование 20 беременных с риском по развитию акушерских кровотечений и были разделены на 2 группы. В первой группе (n=10) родильниц с кровотечением при абдоминальном родоразрешении в составе комплексной терапии применялось рутинное использование препаратов крови и гемостатиков в соответствии с клиническими рекомендациями. Во второй группе (n=10) родильниц с кровотечением при абдоминальном родоразрешении в составе комплексной терапии применялось контролируемое использование препаратов крови и гемостатиков по данным метода тромбоэластометрии.

Материалом для исследования служили ЭКГ, SpO2, нАД, коагулограмма(АЧТВ, ПВ, ТВ, МНО, Фибриноген), ROTEM (EXTEM, INTEM, FIBTEM, APTEM), объем ИТТ, потребность в препаратах крови, потребность в гемостатиках, объем кровопотери (гравиметрия), ОАК.

Результаты

Определено состояние системы гемостаза у пациентов группы с патологической и массивной кровопотерями при абдоминальном родоразрешении методом тромбоэластометрии и уточнен алгоритм трансфузионной терапии на основании целенаправленного управляемого воздействия на основные нарушения системы гемостаза.

Вывод: Разработан комплексный алгоритм лечения кровотечения с помощью тромбоэластометрии, при помощи которого определяется тактика трансфузиологического применения компонентов крови у родильниц с кровотечением. Применение метода тромбоэластометрии при кровотечениях после планового абдоминального родоразрешения повышает безопасность пациентов, угрожаемых по развитию кровопотери, снижает медикаментозную нагрузку, уменьшает потребность в препаратах крови, улучшает течение послеродового периода.

СПОНТАННАЯ ГЕМАТОМА БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дражина О.Г., Недень Л.Ч., Шилова С.Д., Савицкая В.М.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Городской клинический родильный дом No 2»
г. Минск

Цель

Представление клинического случая спонтанной гематомы брыжейки тонкой кишки в послеродовом периоде.

Материалы и методы

В данной работепредставлен случай гематомы брыжейки тонкой кишки, диагностированный у женщины на 3 сутки после родов в УЗ «Городской клинический родильный дом № 2 Минска».

Результаты

Пациентка К., 20 лет, на 3 сутки послеродового периода (роды 1, без особенностей) пожаловалась на боли, отдающие в таз, без четкой локализации. Проведено ультразвуковое исследование: у дна матки, больше справа, визуализируется образование овальной формы с четким неровным контуром, со спицеобразными структурами внутри повышенной эхогенности, с мелкодисперсной взвесью, размерами 94х39х90мм, без кровотока при ЦДК. Через 3 часа боли усилились, локализовались внизу живота, больше в правой подвздошной области, с иррадиацией в околопупочную область. Учитывая нарастающие воспалительные изменения по данным лабораторного обследования, выраженный болевой синдром, жалобы пациентки, данные ультразвукового исследования, было показано выполнение экстренного оперативного вмешательства.

Проведена диагностическая лапароскопия. Диагностирована спонтанная большая гематома в области брыжейки тонкой кишки (в проекции 2-го поясничного позвонка). Гемодинамика стабильная. Телекоммуникационный консилиум хирургов и акушеров-гинекологов в операционной: в связи с высоким риском разрыва гематомы и кровотечения, большими размерами образования, выраженного болевого синдрома проведена конверсия на нижнесрединную лапаротомию, ревизия органов брюшной полости (без патологии), вскрытие забрюшинной гематомы, прошивание кровоточащего сосуда в брыжейке тонкой кишки, дренирование малого таза (2 дренажа). Общая

кровопотеря составила 620мл (роды 240 мл, гематома 280 мл, во время операции 100 мл). Продолжительность операции 2часа 10минут (операционная пауза 55 минут до прибытия сосудистого хирурга). В послеоперационном периоде ведение в отделении реанимации в течение 3 суток, дренажи удалены на 3-4 сутки (серозно-геморрагическое отделяемое суммарно 630 мл). Лечение: анальгезия (морфин, кеторолак, парацетамол), антибактериальная терапия (меропенем), профилактика ТЭО (фрагмин), профилактика стрессовых язв ЖКТ, инфузионная терапия, антианемическая (феринжект, ферроксид), коррекция гипокальциемии (кальция глюконат), утеротоническая терапия (окситоцин). Послеоперационный период протекал без осложнений. Ультразвуковое исследование на 9 сутки, без особенностей. Выписана с ребенком домой на 11 сутки после родов с рекомендациями.

Заключение

Случай спонтанной гематомы брыжейки тонкой кишки в послеродовом периоде связан с потужным периодом.

Своевременно диагностирован.

Потребовал оперативного лечения (ревизия органов брюшной полости и малого таза, вскрытие забрюшинной гематомы, прошивание кровоточащего сосуда, дренирование малого таза).

Закончился благоприятно (выздоровление).

СЛУЧАИ РЕЗЕКЦИИ СТЕНКИ МАТКИ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Дражина О.Г., Савицкая В.М., Середа О.Л., Басалай Т.К., Малофеев И.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УО «Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «Городской клинический родильный дом No 2»
г. Минск

Цель

Представление опыта проведения органосохраняющих операций при частичном приращении участка плаценты у женщин, беременность у которых наступила в результате ВРТ.

Материалы и методы

В данной работе представлены два случая проведения органосохраняющих операций при частичном приращении участка плаценты у женщин после ЭКО, во время операции кесарево сечение в УЗ «Городской клинический родильный дом № 2 Минска».

Результаты

Данные беременности наступили после неоднократного применения ВРТ (2 и 5 попытки ЭКО). Проводимые ультразвуковые исследования, в том числе накануне, не выявили патологии со стороны плацент. Родоразрешение в обоих случаях проведено путем плановой операции Кесарево сечение. В представленных случаях после извлечения плода плацента самостоятельно не отделилась, попытка ручного отделения плаценты оказалась безуспешной: плацента не отделялись на ограниченном участке (соответственно 4х3 см и 6х3 см). Учитывая репродуктивный возраст женщин, консилиумами были приняты решения о проведении резекции миометрия с участками вросших плацент с последующей метропластикой для сохранения маток. В ходе обеих операций для профилактики массивного кровотечения были проведены транзиторная ишемизация матки путем лигирования восходящих ветвей маточных артерий с обеих сторон, внутривенное введение утеротоников. Кровопотеря составила 1100 и 1450 мл.

В обоих случаях резецированный участок миометрия с плацентарной тканью был послан на гистологическое исследование, в ходе которого подтверждено врастание ворсин плаценты.

Послеродовой, послеоперационный период у обеих пациенток протекал без особенностей. Ультразвуковое исследование состоятельности раны на матке проводилось на 4 сутки. Родильницы выписаны домой на 6 сутки после операции с рекомендациями.

Заключение

Возможны случаи частичного врастания участка плаценты после ЭКО.

При частичном врастании участка плаценты возможно проведение резекции стенки матки в пределах здоровых тканей с последующей метропластикой.

Для профилактики массивного кровотечения целесообразно проведение транзиторной ишемизации матки путем лигирования восходящих ветвей маточных артерий с обеих сторон, введение утеротоников.

Проведение органосохраняющих операций позволяет сохранить репродуктивный потенциал женщин.

ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ПЕРВЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ

Дроздов Р.Г., Терентьев Н.В., Венедиктов Э.В., Иванов А.А., Зайцев С.С., Стяжкин А.А.
ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом».
г. Ухта.

Актуальность

Преимуществами использования миофасциальных блокад в акушерстве являются простота их выполнения, низкий риск осложнений, воздействие на начальные этапы зарождения болевого синдрома при отсутствии моторного блока, уменьшение симпатических влияний, а в случае с Erector spinae planeblock, ещё и с возможностью воздействия не только на соматический, но и на висцеральный компонент боли, что имеет перспективу для обезболивания родов и способствует ранней реабилитации после кесарева сечения.

Цель

Оценить опыт применения блокады мышцы, выпрямляющей позвоночник (БМВП), выполненной под контролем ультразвуковой навигации (УЗН) – Ultrasound guided erector spinae plane block в акушерстве для обезболивания родов и анальгезии после кесарева сечения.

Материалы и методы

Рассмотрены 2 случая использования ESP блока в акушерстве в УМРД (n=2): для обезболивания родов (n=1) и после операции кесарево сечение (n=1). Анальгезия: БМВП (ESP – block) под УЗН (0,375% ропивакаин). В родах при выполнении ESP блока использовалось положение пациентки сидя. Проводился мониторинг состояния роженицы (гемодинамика, дыхание, сатурация кислорода) и плода (КТГ). После кесарева сечения БМВП под УЗН выполнена в положении пациентки на животе. Послеоперационная пациентка, помимо ESP, получала базисную системную анальгезию в течение первых двух суток. Критерии: оценка интенсивности болевого синдрома с помощью цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ) от 0 до 10 баллов до обезболивания и на фоне анальгезии: в родах – каждые 30 минут в течение первого часа после выполнения БМВП и далее – каждый час до родов; после кесарева сечения (КС) в покое и при движении через 2-4-6-9-12-18-24 часа после операции; так же учитывалась итоговая удовлетворённость обезболиванием и наличие осложнений.

Результаты

Жизненно важные функции пациенток (n=2), в том числе состояние плода в родах, были стабильными до и во время действия БМВП (ESP). В первом случае, у пациентки в родах (n=1), на фоне ESP блока в течение первых 30 минут отмечено снижение боли с 8 баллов исходно до 4 баллов, через час – до 3 баллов по ЦРШ и этот уровень сохранялся до родов, которые произошли через 2 часа 30 минут после выполнения БМВП (ESP). Роженица (родильница) осталась довольна и отметила, что “на фоне анальгезии ей было значительно легче рожать; ощущения стали более мягкими и менее болезненными”. Итоговая удовлетворённость обезболиванием высокая. Во втором случае, у пациентки после кесарева сечения (n=1), до БМВП – исходный уровень боли по ЦРШ 4 балла в покое и 7 баллов при движении. В условиях выполненного ESP блока в течение часа регресс боли до 0 баллов в покое и 2-х баллов при движении, вертикализация через 4 часа после операции, перевод в палату послеродового отделения для совместного пребывания с новорожденным через 6 часов после КС. Анализ интенсивности боли в течение суток показал хорошую эффективность и длительность действия БМВП (ESP). Пациентка после КС на протяжении 24 часов имела достаточный уровень анальгезии с оценкой боли по ЦРШ < 3 баллов в покое и при движении, не требовала назначения опиоидов, а также отметила значительное снижение болевых ощущений “не только снаружи, но и внутри” области послеоперационной раны, что, в определённой степени, подтверждает наличие не только соматического, но и висцерального компонента анальгезии у ESP блока. Итоговая удовлетворённость обезболиванием высокая. Осложнений в обоих случаях (n=2) применения данной блокады не было.

БМВП под УЗН (ESP – block):

- эффективная и длительно действующая блокада для послеоперационного обезболивания после КС;
- оказывает как соматическое, так и висцеральное воздействие с потенциальной полезностью обезболивания в акушерских условиях – в родах;
- развивается мягко, плавно, с максимальным эффектом через 60 – 80 минут;
- требует определённого положения пациентки для выполнения (сидя или на боку в родах; на боку или животе после кесарева сечения);
- необходимы дальнейшие наблюдения.

Заключение

БМВП под УЗН (ESP – block) для обезболивания в акушерстве обладает хорошим анальгетическим потенциалом, повышает комфорт и итоговую удовлетворённость пациенток, способствует раннему восстановлению после оперативного родоразрешения и может иметь перспективу использования в лечении акушерской боли в родах.

ПРЕИМУЩЕСТВА И ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ НЕЙРОАКСИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Елизарова Е.С., Письменский С.В, Пырегов А.В.

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

Цель

Сравнить эффективность купирования болевого синдрома при родах через естественные родовые пути при использовании ЭА, КСЭА, DPE.

Материалы и методы

Было проведено исследование у групп женщин, они разделялись по методу обезболивания: первородящие: 1 - эпидуральная аналгезия, 2-я – спинально-эпидуральная аналгезия, 3-я эпидуральная аналгезия с проколом твердой мозговой оболочки, 3 группы женщин с идентичным обезболиванием у повторнородящих, и 7 группа женщины без обезболивания.

Результаты

В группах с КСЭА и DPE наблюдается быстрое и равномерное наступление нейроаксиальной блокады, по сравнению с группой ЭА.

КСЭА и DPE вызвали более раннее раскрытие шейки матки и опускание головки плода, по сравнению с группой без обезболивания.

При правильном техническом выполнении регионарных методов обезболивания у изученных групп женщин, постпункционная головная боль не возникала.

Заключение

Нейроаксиальная родовая анальгезия продолжает оставаться методом, обеспечивающим оптимальное и универсальное обезболивание во время родов. Комбинированная спинально-эпидуральная аналгезия и эпидуральная аналгезия с проколом твердой мозговой оболочки показали многообещающие результаты в развитии анальгетического эффекта и сокращении количества односторонних блоков, частота осложнений у данных методик схожа, а в плане удовлетворенности анальгезией в родах и родами мы наблюдаем значительное превосходство КСЭА и DPE.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ VII РЕКОМБИНАНТНОГО АКТИВИРОВАННОГО ФАКТОРА В КОМПЛЕКСЕ ТЕРАПИИ РАННИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Заварзин П.Ж.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава РФ, кафедра анестезиологии и реаниматологии г. Ростов-на-Дону

Цель

Изучить эффективность VII активированного фактора при неконтролируемом раннем послеродовом кровотечении (РПРК), установить частоту развития ВТЭО после его применения.

Материалы и методы

Анализу подвергнуты 3 группы родильниц с РПРК: I – 24 случая, в которых rFVIIa не назначался. II – 228 случаев применения rFVIIa после кесарева сечения при неэффективности мероприятий 1-й и 2-й линии гемостаза, кровопотере до 25% ОЦК. III – 32 родильницы после вагинальных родов и применением rFVIIa аналогично II группе до принятия решения об операции.

Результаты

В I (контрольной) группе все пациентки родоразрешены путем кесарева сечения (КС). При этом, в 45,83% (11) случаев, при развити РПРК, окончательный гемостаз был достигнут в течение 15-25 мин. с момента постановки диагноза применением комбинации утеротоников 1-й и 2-й линии, транексамовой кислоты 15 мг/кг и более (до 4000 мг), управляемой баллонной тампонады полости матки (УБТМ), трансфузии криопреципитата и/или СЗП, концентрата протромбинового комплекса и хирургических методов. В 54,16% случаев остановка кровотечения заняла 73±11,9 минут, а объем кровопотери составил от 21% до 374% ОЦК. У 3,46% (9) пациенток I группы в течение 4-6 часов после трансфузии СЗП в дозе 20 мл/кг развился TRALI-синдром, потребовавший проведения респираторной поддержки (PSV) в течении 83,47±1,98 часов. В 2 случаях на 4-е и 6-е сутки после КС отмечено развития ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии, несмотря на проводимую профилактику ВТЭО (перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей, компрессионный трикотаж, ранняя мобилизация и назначение эноксапарина натрия в профилактических дозах), с полным клиническим выздоровлением на 14-е сутки. Во II группе (с ранним применением rFVIIa) в 39,91% (91) случаев комбинация утеротоников, транексамовой кислоты и УБТМ

эффекта не имели, а гемостаз был достигнут на 20-25 минуте после введения rFVIIa. В 37,72% (86) случаев УБТМ не применялась, а окончательный гемостаз достигнут применением rFVIIa. В 17,54% (40) случаев существенно снизился темп РПРК, однако окончательный гемостаз был достигнут после выполнения гистерэктомии. В итоге, раннее применение rFVIIa в 77,63% случаев позволило достичь окончательного гемостаза и исключить гистерэктомию, ограничив объем кровопотери 24,98±1,97% ОЦК. Во II группе потребность в СЗП составила не более 8,3±2,7 мл/кг массы тела, при этом в данной группе не наблюдалось трансфузионных осложнений и ВТЭО. В III группе в 43,82% случаев раннее применение rFVIIa, при отсутствии эффекта от утеротонической терапии в комбинации с транексамовой кислотой и УБТМ, обеспечило окончательный гемостаза без лапаротомии, а в 9,38% (3) случаев привело к существенному снижению темпа кровотечения при том, что окончательный гемостаз был достигнут после гистерэктомии. В III группе клинически значимых ВТЭО и трансфузионых осложнений также не наблюдалось.

Заключение

Раннее применение rFVIIa при ПРК оказывает быстрый гемостатический эффект, приводит к уменьшению кровопотери, потребности в трансфузии компонентов крови и частоты трансфузионных осложнений, количества и продолжительности операций по остановке кровотечения, к сокращению сроков пребывания в реанимационном стационаре. Проведенным анализом 260 случаев раннего применения rFVIIa при неконтролируемом ПРК, развитие клинически значимых ВТЭО не выявлено, что свидетельствует в пользу безопасности его применения.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ VII РЕКОМБИНАНТНОГО АКТИВИРОВАННОГО ФАКТОРА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РАННИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Заварзин П.Ж.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава РФ, кафедра анестезиологии и реаниматологии г. Ростов-на-Дону

Цель

Изучить эффективность VII активированного фактора при неконтролируемом раннем послеродовом кровотечении (РПРК), установить частоту развития ВТЭО после его применения.

Материалы и методы

Анализу подвергнуты 3 группы родильниц с РПРК: I – 24 случая, в которых rFVIIa не назначался. II – 228 случаев применения rFVIIa после кесарева сечения при неэффективности мероприятий 1-й и 2-й линии гемостаза, кровопотере до 25% ОЦК. III – 32 родильницы после вагинальных родов и применением rFVIIa аналогично II группе до принятия решения об операции.

Результаты

В I (контрольной) группе все пациентки родоразрешены путем кесарева сечения (КС). При этом, в 45,83% (11) случаев в которых при развити РПРК, окончательный гемостаз был достигнут в течение 15-25 мин. с момента постановки диагноза применением комбинации утеротоников 1-й и 2-й линии, транексамовой кислоты 15 мг/кг и более (до 4000 мг), управляемой баллонной тампонады полости матки (УБТМ), трансфузии криопреципитата и/или СЗП, концентрата протромбинового комплекса и хирургических методов. В 54,16% случаев остановка кровотечения заняла 73±11,9 минут, а объем кровопотери составил от 21% до 374% ОЦК. У 37,5% (9) пациенток I группы в течение 4-6 часов после трансфузии СЗП в дозе 20 мл/кг развился TRALI-синдром, потребовавший проведения респираторной поддержки (PSV) в течение 83,47±1,98 часов. В 2-х случаях на 4-е и 6-е сутки после КС отмечено развития ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии, несмотря на проводимую профилактику ВТЭО (перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей, компрессионный трикотаж, ранняя мобилизация и назначение эноксапарина натрия в профилактических дозах), с полным клиническим выздоровлением на 14-е сутки. Во II группе (с ранним применением rFVIIa) в 39,91% (91) случаев комбинация утеротоников, транексамовой кислоты и УБТМ эффекта

не имели, а гемостаз был достигнут на 20-25 минуте после введения rFVIIa. В 37,72% (86) случаев УБТМ не применялась, а окончательный гемостаз достигнут применением rFVIIa. В 17,54% (40) случаев существенно снизился темп РПРК, однако окончательный гемостаз был достигнут после выполнения гистерэктомии. В итоге, раннее применение rFVIIa в 77,63% случаев позволило достичь окончательного гемостаза и исключить гистерэктомию, ограничив объем кровопотери 24,98±1,97% ОЦК. Во II группе потребность в СЗП составила не более 8,3±2,7 мл/кг массы тела. В III группе в 43,82% случаев раннее применение rFVIIa, при отсутствии эффекта от утеротонической терапии в комбинации с транексамовой кислотой и УБТМ, обеспечило окончательный гемостаз без лапаротомии, а в 9,38% (3) случаев привело к существенному снижению темпа кровотечения при том, что окончательный гемостаз был достигнут после гистерэктомии. В обеих группах – II и III клинически значимых ВТЭО и трансфузионых осложнений не наблюдалось.

Заключение

Раннее применение rFVIIa при ПРК оказывает быстрый гемостатический эффект, приводит к уменьшению кровопотери, потребности в трансфузии компонентов крови и частоты трансфузионных осложнений, количества и продолжительности операций по остановке кровотечения, к сокращению сроков пребывания в реанимационном стационаре. Проведенным анализом 260 случаев раннего применения rFVIIa при неконтролируемом ПРК, развитие клинически значимых ВТЭО не выявлено, что свидетельствует в пользу безопасности его применения

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕСТ КАТЕТЕРИЗАЦИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН

Кузнецова Е.Н., Курпе Е.Е., Каменева Е.А., Авраменко А.А., Ануфриева Н.А.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»
г. Кемерово

Цель

Провести сравнительный анализ мест катетеризации периферических вен, проводимых при анестезии и требующих продленных внутривенных вливаний в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Проведен анализ 173 катетеризаций периферических вен: 57 катетеризаций кубитальных вен, 63 – вена предплечья, 53 – вена тыла кисти. Сравнительный анализ проводился по следующим критериям: болевые ощущения при пункции вены по ВАШ, комфорту для пациента и медицинской сестры, времени функционированию катетера и наличию осложнений.

Результаты

Проведенный анализ показал, что наиболее болезненно пациенты переносили катетеризацию вены тыла кисти (ВАШ 9,1±0,12, 98,1% пациентов оценили, как больно и неприятно), при катетеризации вены предплечья ВАШ составила 7,2±0,32 (45 пациентов из 63 (71,4%) также жаловались на неприятные болезненные ощущения) и только при катетеризации кубитальной вены ВАШ составила 5,8±0,97 и 34 пациента (59,6%) предъявили умеренные жалобы. Комфорт для самообслуживания в большей мере оценили пациенты, которым была катетеризирована вена предплечья – 51 (80,9%) человек, при катетеризации кубитальной вены и вены тыла кисти – 6 (10,5%) и 3 (5,7%) соответственно. Комфортные условия для проведения инфузионной терапии и внутривенного введения лекарственных препаратов оценили в 100% случаев медицинских сестер при катетеризации вены предплечья, в 93,1% (53 пациента) – при катетеризации кубитальной вены и только в 45,3% (24 пациента) – при катетеризации вены тыла кисти. Основные проблемы кубитальной вены, которые озвучивали медицинские сестры – это тромбоз или залом катетера, так как пациенты не соблюдали рекомендации и сгибали руку в локтевом суставе. Вена тыла кисти требовала более тщательного соблюдения санитарно-гигиенических норм, чего не всегда выполняли пациенты (загрязненные и мокрые повязки). При этом средний медицинский персонал в 100% случаев отметил удобство перевода пациента из операционной с функционирующим периферическим катетером и в 100% случаев – не возможность повторного забора крови на анализы из катетера, что требовало пункции другой вены. В среднем время функционирования катетера составило: при катетеризации вены предплечья – 52,7±9,2 ч., при катетеризации кубитальной вены – 31,7±6,9ч. и при катетеризации вены тыла кисти – 23,2±8,5ч. Осложнения при длительном нахождении катетера в вене были крайне редки и связаны с несоблюдением санитарно-эпидемических правил пациентом: при катетеризации кубитальной вены симптомы тромбофлебита наблюдались у 5 (8,8%) пациентов, при катетеризации вены тыла кисти – у 4 (7,5%) и при катетеризации вены предплечья – у 4 пациентов (6,3%).

Заключение

В данном исследовании показано, что наиболее выгодным местом пункции является вена предплечья, единственный ее минус по сравнению с кубитальной веной – это более болезненная пункция. Но, учитывая, что данное место пункции более

длительно позволяет функционировать катетеру, не доставляет дискомфорт пациенту, легче соблюдать санитарно-эпидемиологические правила и удобен в использовании медицинской сестрой, делает пункцию вены предплечья местом выбора для постановки периферического катетера.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АФЕРЕЗА ДЛЯ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАННИМ РАЗВИТИЕМ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Плахотина Е.Н., Белоусова Т.Н., Брянцев Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Видновский перинатальный центр»
г. Видное

Цель

Улучшение перинатальных исходов для матери и новорожденного при раннем развитии преэклампсии тяжелой степени с помощью методов терапевтического афереза.

Материалы и методы

Пациентки с симптомами преэклампсии: рандомизированы на три группы. Первая – получающие стандартную терапию в соответствии с клиническим протоколом. Пациенткам второй группы кроме стандартной терапии проводились сеансы каскадной плазмофильтрации. В третьей группе стандартную терапию сочетали с гемосорбцией

Результаты

Применение методов терапевтического афереза позволило пролонгировать беременность в группе каскадной плазмофильтрации на 14(6,25; 32,25) дня, в группе гемосорбции на 17 (8; 32) дня, что значительно больше, чем в группе стандартной терапии – 6(5; 6) дней. Госпитальный койко-день в контрольной группе был значимо больше. В группе каскадной ПФ снижался показатель sFlt-1 / PlGF, что свидетельствует об удаление из кровотока sFlt-1. Вес у новорожденных был выше в группах афереза. Снизился госпитальный койко день в ОРИТН, по сравнению с контрольной группой. Продолжительность инвазивной респираторной поддержки новорожденных была

больше в группе контроля. Применение каскадной ПФ значительно снизило потребность в сурфактанте при рождении.

Заключение

предварительные результаты исследования позволяют предположить возможность пролонгировать беременность у пациенток с ранним развитием тяжелой преэклампсии при применении каскадной плазмофильтрации и гемосорбции и улучшить перинатальные исходы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Дражина О.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Белорусская медицинская академия последипломного образования г. Минск

Цель

выявление связи между групповой принадлежностью по системе АВ0 и количеством тромбоцитов в периферической крови.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй 325 женщин за 2019 - 2021 г.г. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование данных пациентов. Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

Результаты

Диагностический алгоритм выявления патологии системы гемостаза сводился к изучению лабораторных показателей: коагулограмма, уровень Д-димера, общий анализ крови. Мы проанализировали взаимосвязь между групповой принадлежностью и количеством тромбоцитов в периферической крови и выявили, что у женщин со II (A), III (B) и IV (AB) группами крови содержание тромбоцитов оказалось выше, чем у лиц с I (0) группой крови.

По данным литературы мы изучили активность ADAMTS13 и количество тромбоцитов у обследуемых женщин и пришли к выводу, что активность ADAMTS13 постепенно снижается с 12-16 недель беременности, а количество тромбоцитов наоборот

увеличивается. У не рожавших женщин выявлена меньшая активность ADAMTS13, чем у рожавших, а у впервые беременных женщин уровень активности ADAMTS13 ниже, чем у повторно беременных. Результаты нашего исследования и данные литературы показывают, что изменение уровня протеазной активности во время беременности и послеродового периода, вызванное неопознанными механизмами, может сделать послеродовой период более уязвимым для развития венозных тромбоэмболических осложнений.

Заключение

Беременность является фактором риска ВТЭО, однако в пределах 4-6 недель после родов опасность развития тромбоза глубоких вен выше, чем во время беременности. При ведении беременной женщины, на фоне других факторов, предрасполагающих к развитию ВТЭО, необходимо учитывать ее групповую принадлежность крови по системе АВ0. У беременных со II (А), III (В) и IV (АВ) группами крови и отсутствием анамнеза, связанным с ВТЭО, рекомендуется клиническое наблюдение (с использованием объективных методов диагностики) с началом профилактики антикоагулянтами после родов.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Дражина О.Г., Недень Л.Ч., Рубинштейн Ю.Д., Рубинштейн И.А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Белорусская медицинская академия последипломного образования г. Минск

Цель

представление клинического случая проведения реконструктивно-хирургической операции на матке после проведения эмболизации маточных артерий.

Материалы и методы

В данной статье представлен случай проведения реконструктивно-хирургической операции на матке после предыдущего проведения эмболизации маточных артерий, произошедший в Городском клиническом родильном доме № 2 Минска.

Результаты

Пациентка поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: Миома матки больших размеров. Образование правого яичника. ОАГА.

В 2011 году у пациентки проведена лапаротомия, консервативная миомэктомия с метропластикой. Двухсторонняя цистэктомия по поводу опухолей обоих яичников.

Женщина наблюдалась далее в женской консультации по месту жительства.

В 2017 году повторно обратилась по поводу роста миоматозных узлов и настояла на проведении эмболизации маточных артерий. После эмболизации миоматозные узлы не уменьшились в размерах, наблюдался их рост, пациентка направлена в стационар для проведения оперативного лечения.

Лапаротомия проводилась по старому рубцу (с его иссечением) с техническими сложностями, обусловленными спаечным процессом органов брюшной полости и малого таза. Тело матки увеличено до 18 недель, фиксировано, ограничено в подвижности, спаяно с петлями кишечника (спайки разъеденены острым и тупым путем), представлено множеством миоматозных узлов различного диаметра от 1 до 8 см. (самые большие узлы располагались по передней, право-боковой стенке интралигаментарно, в области перешейка). Узлы выделены, удалены из миометрия острым и тупым путем. Всего был удален 21 миоматозный узел (на разрезе узлы волокнистого строения, содержали инородные тела). Проведена метропластика. Придатки с обеих сторон соответствовали возрастной норме.

Кровопотеря интраоперационно составила 600мл. Гемоглобин до оперативного вмешательства 115г/л, после проведенного оперативного вмешательства 99г/л.

Послеоперационный период протекал без особенностей, без осложнений.

На контрольном УЗИ ОМТ: Матка размерами 100*100*100, полость матки не расширена на всем протяжении, миометрий неоднородный (лигатуры), область рубца на передней брюшной стенке без особенностей. Заключение: Послеоперационный период (1 сутки). Состояние после консервативной миомэктомии.

Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Патогистологическое исследование № 122173-199: Лейомиома матки, местами с небольшим полиморфизмом, возможно, связанным с эмболизацией – инородные массы в некоторых сосудах (эмболизация в 2017г). ИГХ: Ki 67 до 5%.

Заключение

Таким образом, пациентке было проведено 3 реконструктивно-хирургические операции:

1. 2011г – консервативная миомэктомия с метропластикой.
2. 2017г. – эмболизация маточных артерий.
3. настоящая реконструктивно-хирургическая операция с проведением метропластики.

Учитывая репродуктивный возраст пациентки, заинтересованность в беременности, были проведены органосохраняющие операции.

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Сагамонова К.Ю., Арабаджан С.М., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.
ООО «Центр репродукции человека и ЭКО»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Оценка безопасности и эффективности коррекции послеоперационной тошноты и рвоты у пациенток после проведении лапароскопических операций в гинекологии.

Материалы и методы

Проведен анализ 484 историй болезни пациенток, которым проводилась лапароскопия с использованием общей анестезии (комбинированная ингаляционная анестезия в условиях ИВЛ

Результаты

В 1 группе (157 женщин) проводилась общая анестезия с использованием закиси азота, а во 2 группе (327 пациенток), проводилась общая анестезия с использованием севофлурана. В 1 группе пациенток в премедикации (за 30 минут до операции) вводился дроперидол (10 мг), а во 2 группе – метоклопрамид (2 мл) и дексаметазон (8 мг). Возраст больных 24-57 лет, риск анестезии соответствовал 2 – 3 степени по ASA в обеих группах, длительность операции в обеих группах составила 95-147 минУ всех обследованных отмечались стабильные показатели гемодинамики во время и после оперативного вмешательства, гладкое течение анестезиологического пособия. При проведении сравнительного анализа между группами больных было установлено, что у пациенток 1 группы в 57 случаях отмечалось развитие тошноты и\или рвоты, в связи с чем они отмечали дискомфорт в раннем послеоперационном периоде. У больных 2 группы появление тошноты и\или рвоты наблюдалось лишь у 2 женщин

Заключение

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что включение в состав премедикациии метоклопрамида и дексаметазона перед проведением лапароскопиче-

ских операций позволяет значительно уменьшить частоту развития послеоперационной тошноты и рвоты. Необходимо отметить высокую эффективность комбинации препаратов у больных 2 группы

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕПРОДУКТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Сагамонова К.Ю., Арабаджан С.М., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.
ООО «Центр репродукции человека и ЭКО»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Провести сравнительный анализ различных средств для коррекции нарушений гемостаза и снижения периоперационной кровопотери.

Материалы и методы

В исследование были включены 75 пациенток, которым проводилась лапароскопия (удаление миомы матки, опухоли и кисты яичников, острые воспалительные заболевания придатков матки, тубэктомия и др.). Лапароскопия выполнялась по стандартной методике под комбинированной анестезией. Пациенты не имели исходной коагулопатии

Результаты

Пациентки 1 группы (57) – получали периоперационную профилактику транексамовой кислотой (ТК): перед разрезом всем пациентам в/в болюсно вводиласьТК в дозе 500 мг и в ходе операции внутривенно капельно ТК в дозе 1000 мг. Пациентки 2 группы (18) – получали традиционную гемостатическую терапию (викасол, дицинон, этамзилат). Исследуемые группы пациентов не имели между собой статистически значимых различий в возрасте, половом составе, весе и длительности операции. В 1 группе больных с использованием ТК объем операционной кровопотери составил 105-127 мл, а в после операции – объем дренажной жидкости составил 55 - 87 мл. При анализе результатов пациенток 2 группы объем кровопотери во время операции составил 420-480 мл и объем дренажной жидкости – 115 - 257 мл, что достоверно выше, чем в 1 группе больных. Трансфузия ЭМ потребовалась 3 пациенткам

из 2 группы. Ни у одной из пациенток не было зафиксировано клинических признаков тромботических осложнений

Заключение

Представленные данные подтверждают, что использование ТК позволяет эффективно снижать кровопотерю при проведении лапароскопических операций в гинекологии.

ИНТРАНАТАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Симрок В.В., Потапова М.В., Шилко С.Е., Цыбин К.Н., Щербаков Т.В.
Государственный медицинский университет
г. Ростов-на-дону

Цель

Изучить эффективность использования стерофундина для устранения преходящей гипоксии плода на фоне эпидуральной анестезии (ЭА).

Материалы и методы

Изучено 93 случая использования ЭА для облегчения боли в родах. Всего 3 группы, по 31 роженице в каждой. 1: болюсное введение местного анестетика, 2: постоянное введение анестетика, 3: контролируемая роженицей ЭА. При снижении АД и регистрируемой вариабельной децелерации, использовался стерофундин.

Результаты

При проведении оценки влияния ЭА на системную гемодинамику, мы не установили каких-либо значимых различий в группах. У пациенток всех групп отмечалось снижение АД в разной степени, в среднем на 15-20 мм рт. ст., что составило в среднем 12-17% от исходного. Показатели гемодинамики, дыхания и сатурации у всех рожениц находились в пределах допустимой нормы.

При этом, на фоне проведения анестезии, на кардиотокограмме (КТГ) плода регистрировались вариабельные децелерации – паттерн, характеризующийся быстрым началом и концом, с амплитудой 30-40 в минуту и более. Из 93 пациенток, такая ситуация возникала и регистрировалась у 76 (81,4%) пациентов. Нами она расценивалась, как преходящая гипоксия плода, и немедленно купировалась стерофунди-

ном. Использование этого препарата имело 100% позитивный эффект в отношении гипотонического состояния, которое исчезало в первые 20-35 минут инфузии, а также не вызывала отсутствия вариабельности децелерации, и следовательно, дальнейшего усугубления гипоксии плода. Все дети родились здоровыми, с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов. Период новорожденности во всех случаях протекал удовлетворительно. Использование ЭА позволило завершить роды без боли и страха женщин, активно провести третий период родов.

Заключение

Использование методик ЭА, рекомендованных АААР, в равной степени эффективно для купирования болевого синдрома в первом периоде родов. Возникающая в родах, на фоне ЭА, гиповолемия не оказывает отрицательного влияния на общее состояние роженицы. Применение в первом периоде родов стерофундина оказывает положительный эффект в отношении гиповолемии, купирует преходящую гипоксию плода, сохраняет вариабельность децелераций. Интранатальное мониторирование плода и своевременная коррекция являются положительной мерой профилактики перинатальных повреждений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМ СЕРДЦЕМ

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Шуйцева Н.Л., Ржанников А.С.
ГАУЗ Оренбургская областная клиническая больница No2, Областной перинатальный центр
г. Оренбург

Цель

Изучить особенности ведения и анестезиологического пособия у пациентки с трансплантированным сердцем и АМК.

Материалы и методы

Клинический случай, проведенный на базе гинекологического отделения ГАУЗ ООКБ № 2 г. Оренбурга в декабре 2021 года – январе 2022 года.

Результаты

Пациентка,44лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, утомляемость при незначительной физической нагрузке, кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности в течение 6 месяцев на фоне приема эликвиса после ТЭЛА. Из анамнеза известно что, с 2004 г. появились боли в суставах, кожные изменения, лихорадка. В 2005 г. выставлен диагноз сидром Рейно. Принимала иммуносупрессивную терапию с положительным эффектом. В мае 2017 г лечение в ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова с представлением об инфекционно-иммунном эндокардите. В сентябре 2018 г., 2020 г лечение в НМИЦ им. В.А. Алмазова с ХСН, декомпенсацией, в августе 2020г эпизод ТЭЛА мелких ветвей. В декабре 2020 г. выполнена ортотопическая трансплантация сердца по бикавальной методике. С 2018 года менструации 2 раза в год по 2 дня, скудно. С августа 2021 г. метроррагия различной интенсивности, за медицинской помощью не обращалась. В декабре 2021 г. лечение в гинекологическом отделении по поводу АМК на фоне аденомиоза, приема антикоагулянтов. В декабре 2021 года планировалась гистероскопия, но в связи с ОРВИ операция была отложена. Проводилась гемостатическая терапия, переливание эритромассы по поводу анемии тяжелой степени. В январе 2022 года вновь поступила в гинекологическое отделение. Перед операцией проведено полное обследование, консультирована специалистами НМИЦ им. В.А. Алмазова, была согласована тактика лечения и выбор анестезиологического пособия при оперативном лечении. Для профилактики эндокардита назначена антибактериальная терапия. В периоперационном периоде пациентка была переведена на НМГ. Проведена гистероскопия, под внутривенным наркозом. По данным гистероскопии картина аденомиоза и полипа эндометрия. Полип удален. На 4 сутки после операции выписана домой под наблюдение акушера-гинеколога и кардиолога. По данным гистологического исследования – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия по эстрогенному типу. Пациентка наблюдалась по месту жительства, в апреле-мае 2022 года вновь эпизод маточного кровотечения – консервативное лечение. Учитывая эпизоды рецидивирующего маточного кровотечения пациентка была консультирована в ФМИЦ им В.А. Алмазова. Рекомендовано оперативное лечение (гистерэктомия) в условиях ФМИЦ им В.А. Алмазова. Куда была направлена в июне 2022 года.

Заключение

Совместное ведение пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией врачамиразличных специальностей, консультирование данных пациенток с федеральными центрами, соблюдение приемственности между лечебными учреждениями различного уровня позволяет достичь благоприятного результата в лечение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАР-БЛОКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Ужакин В.В., Токарева В.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М., Касьянов Е.В., Гасанов Н.П., Харитонов Ю.В.

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

Цель

Провести оценку эффективности использования миофасциальных блокад передней брюшной стенки (ТАР-блок) после операции кесарево сечение.

Материалы и методы

367 женщин после операции кесарево сечение были разделены на 2 группы: 1 группа (122 женщин), получившие парацетамол и трамадол в качестве обезболивания, и 2 группа (245 пациенток) с использованием ТАР-блока раствором ропивакаина 0,2% с обеих сторон под УЗ-контролем сразу же после операции кесарево сечение.

Результаты

Использование упреждающей анальгезии в раннем послеоперационном периоде позволило снизить интенсивность послеоперационных болей у всех пациенток обеих групп и способствовало профилактики развития хронического болевого синдрома, однако все пациентки 1 группы отмечали различные жалобы (умеренную сонливость). В 1 группе женщины отмечали появление болей уже через 2-3 часа с оценкой по шкале ВАШ до 5-7 баллов, в связи с чем обезболивание необходимо было повторять. Во 2 группе все пациентки отмечали хорошую активность и комфортное самочувствие в течение ближайших 5-7 часов после операции. Все пациентки после проведенного ТАР-блока отмечали хорошее самочувствие, уровень боли по ВАШ составил 2-3 балла. У всех пациенток отмечались стабильные показатели гемодинамики. Таким образом, использование упреждающей анальгезии с помощью ТАР-блока в раннем послеоперационном периоде после операции кесарево сечение обеспечивает достаточный уровень обезболивания и нет необходимости в дополнительном обезболивании.

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что упреждающая мультимодальная анальгезия, основанная на использовании ТАР-блока является более эффективным методом послеоперационного обезболивания, что позво-

ляет исключить потребность в дополнительном обезболивании, уменьшает частоту побочных эффектов от введения парентеральных анальгетиков, что в конечном итоге улучшает качество обезболивания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Ужакин В.В., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М., Касьянов Е.В., Гасанов Н.П., Харитонов Ю.В.

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

Цель

Сравнительная оценка эффективности конверсии эпидуральной анальгезии в анестезию при проведении кесарево сечения.

Материалы и методы

302 женщины были распределены на две группы: 1 группа (284 беременные), у которых отмечалась успешная конверсия в анестезию с хорошей эффективностью сенсорного блока. Вторая группа (18 женщин), у которых проводимая конверсия в анестезию сопровождалась жалобами на умеренные боли в области операционной раны.

Результаты

У всех беременных отмечался выраженный болевой синдром различной интенсивности (выше 3-4 баллов), что и послужило основанием для обоснования обезболивания родов. Сопутствующей патологии у женщин обеих групп выявлено не было. Проводимая эпидуральная анальгезия в родах у всех беременных обеих групп сопровождалась эффективной анальгезией с адекватным уровнем обезболивания через 10-15 минут с оценкой по ВАШ менее 2 баллов. Методика проведения пункции эпидурального пространства стандартная на уровне L1 – L4. При изменении акушерской тактики и необходимости проведения экстренной операции кесарево сечение с целью конверсии в анестезию всем беременным обеих групп в эпидуральное простанство вводили 15-20, мл 0,75% раствора ропивакаина. В течение всего периода операции все женщины 1 группы отмечали отсуствие болей, хорошее самочувствие. Во 2 группе женщины отмечали появление различных болей в операционной ране, дискомфорт, в связи с чем внутривенно дополнительно вводились обезболивающие и седатив-

ные препараты (сибазон 2,0 мл и фентанил 2,0 мл). Введение минимальных доз этих препаратов было достаточным для исключения жалоб.

Заключение

Анализ проведенных исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности проводимой конверсии эпидуральной анальгезии в анестезию при необходимости выполнения экстренного кесарева сечения, однако у небольшого числа женщин существует необходимость в дополнительной внутривенной седации и анальгезии.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шелехин А.П., Баев О.Р., Красный А.М.

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

Цель

Провести сравнительный анализ особенностей течения, родоразрешения и исходов беременности пациенток с гипертензивными расстройствами.

Материалы и методы

Было проведено ретроспективное исследование, в которое включены 335 беременных женщин. Они были разделены на 6 групп: группа контроля (60); с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) (55); с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) (60); с умеренной преэклампсией (УПЭ) (60); с тяжелой ПЭ (ТПЭ) (50); с ПЭ на фоне ХАГ (50).

Результаты

Средний возраст беременных с гипертензивными расстройствами был выше, чем в группе контроля. Наибольшую массу тела и ИМТ имели беременные с ХАГ и ПЭ на фоне ХАГ. Преэклампсия в предыдущую беременность наиболее часто встречалась у женщин из групп тяжелой ПЭ и ПЭ на фоне ХАГ. Отеки выявлялись с наибольшей частотой в группе умеренной ПЭ, а реже всего в группе контроля и ХАГ. В сравнении с группами ГАГ и ХАГ у пациенток с ПЭ значимо чаще диагностировалось нарушение маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока. Задержка роста плода и HELLP-синдром чаще всего выявлялись у беременных с тяжелой ПЭ.

Преждевременное родоразрешение чаще имело место в группах тяжелой ПЭ (52%) и ПЭ на фоне ХАГ (44%). Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения в плановом порядке была наиболее высокой в группах тяжелой ПЭ (84%), группе ХАГ (75%) и ПЭ на фоне ХАГ (62%), что значимо больше группы умеренной ПЭ (p <0,001, p <0,004, p <0,052). Наибольшее количество осложнений неонатального периода, таких как гипербилирубинемия, некротический энтероколит, пневмония новорожденных, респираторный дистресс синдром, встречалось в группах тяжелой ПЭ и при ПЭ на фоне ХАГ.

Заключение

Наиболее неблагоприятные материнские и перинатальные исходы имеют место при ранней манифестации гипертензивных нарушений, особенно при тяжелой ПЭ и ПЭ на фоне ХАГ. Особое внимание следует уделить женщинам с ХАГ, которые представляют собой базис для формирования группы ПЭ на фоне ХАГ и имеют высокую частоту оперативного родоразрешения.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ Е-КАДГЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Шелехин А.П., Баев О.Р., Садекова А.А., Кокоева Д.Н., Красный А.М.

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

Цель

Определить содержание растворимой формы Е-кадгерина (sE-cad) в плазме крови беременных с ПЭ для оценки ее роли в патогенезе преэклампсии.

Материалы и методы

В исследование были включены 55 беременных женщин. 35 женщин с беременностью, осложненной преэклампсией (I группа) и 20 женщин с неосложненным течением беременности (II группа – контрольная). Методом иммуноферментного анализа был определён уровень растворимой формы Е-кадгерина в плазме крови беременных женщин.

Результаты

Преэклампсия является опасным осложнением беременности. Несмотря на большое количество исследований, большое число теорий возникновения данного состояния, механизмы патогенеза до конца не изучены. Также актуальным остаётся поиск методов прогнозирования преэклампсии.

Е-кадгерин является мембранным белком, регулирующим механизмы клеточной адгезии, нарушение которой сопровождается повышением проницаемости плаценты. При этом в кровоток начинают проникать антитела, NK-клетки, увеличивается цитотоксическая активность лимфоцитов, что приводит к эндотелиальной дисфункции, системной воспалительной реакции, что является основой для развития ПЭ.

Срок беременности на момент родоразрешения был значимо ниже в группе ПЭ ($p<0,001$) и составил в среднем 35 недель в группе ПЭ и 39 недель в группе контроля. В группе ПЭ рождались дети в среднем со значимо меньшей массой тела (2372 (898)), чем у женщин с неосложненным течением беременности (3204 (345)) ($p <0,001$).

Содержание sE-cad в контрольной группе составило 4,4 нг/мл (3,09; 5,74), у женщин с ПЭ 8,03 (6,74; 9,32) ($p <0,001$). Площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи содержания sE-cad и прогноза ПЭ составила 0,771 ± 0,063 с 95% ДИ: 0,649 – 0,894. Полученная модель была статистически значимой ($p <0,001$). Пороговое значение логистической функции P в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 0,575. ПЭ прогнозировалась при значении логистической функции P выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность модели составили 74,3% и 70,0%, соответственно.

Заключение

Повышенный уровень растворимой формы Е-кадгерина в плазме крови беременных с ПЭ указывает на нарушение целостности и повышение проницаемости плацентарного барьера, обусловленное разрушением адгезионных связей клеток трофобласта. Представляет интерес продолжение исследований содержания sE-cad в плазме крови для ранней диагностики ПЭ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ОПП (KDIGO 3) НА ФОНЕ А-ГУС

Казанова С.А., Калачин К.А.

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

Цель

Анализ клинических проявлений, особенностей течения и исходов а-ГУС у родительницы.

Материалы и методы

Клинический случай пациентки М, 36 лет с диагнозом: «Атипичный гемолитико-уремический синдром. Тромботическая микроангиопатия с поражением: почек (ОПП 3 ст.), сердца (кардиомиопатия со снижением ФВ минимально до 45%), развившейся после преждевременных оперативных родов мертвым плодом при сроке беременности 29 недель.

Результаты

Врачи пациентки неоднократно были консультированы по ТМК; в связи с необходимостью в постоянном проведении продолжительных методов ЗПТ и плазмообмена, а также в связи подозрением на сепсис, была транспртирована в НМИЦ АГП Кулакова на 5 сутки после родоразрешения. Развитию указанного синдрома предшествовали преимущественно преэклампсия, HELLP-синдром. Пациентка имела симптомокомплекс тромботической микроангиопатии: резкое снижение уровня гемоглобина, с признаками микроангиопатического гемолиза (повышение уровня ЛДГ), тромбоцитопению, острое повреждение почек (гиперкреатининемия, анурия). Трудности дифдиагноза также заключались в повшении маркеров воспаления, идетификации резистентных патогенов в биологических жидкостях. Следовательно ТМА могла быть вторичной на фоне сепсиса. Была исключена ТТП (активность ADAMTS-13 в норме). После 3х сеансов плазмообмена с замещением 100% ОЦП, не отмечалось купирования проявлений МАГА и сохранялась анурия, в связи с чем было принято решение о выставлении диагноза а-ГУС и инициации антикомплементарной терапии Экулизумабом-препаратом, являющимся моноклональным антителом против компонента С5 системы комплемента. После второго введения был отмечен регресс проявлений МАГА, восстановилась мочевыделительная функция почек, однако другие функции почек восстановить не удалось. После стабилизации состояния пациент

переведен в нефрологическое отделение по месту жительства. За время госпитализации (42 дня) было выполнено 6 сеансов ПО, 26 сеансов ПВВГДФ.

Заключение

Не смотря на купирование проявлений ТМА, полностью восстановить почечные функции не удалось, пациенту была выставлена ХБП и начат интермиттирующий «хронический» гемодиализ. Трудности ведения таких пациентов связаны с тем, что такие состояния, как правило, сопровождаются сепсисом, это сильно усложняет как дифдиагноз, так и решение о назначении антикомплементарной терапии.

Организация медицинской помощи новорожденным

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В «КОВИДНЫЙ» И «ДОКОВИДНЫЙ» ПЕРИОД

Илькевич Н.Г., Саржевская Е.А., Дражина О.Г.

УЗ «6-я городск ая клиническая больница г. Минска»,
ГУО«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Цель

Оценить и сравнить работу педиатрического отделения второго этапа выхаживания детей в последнюю волну массовой заболеваемости населения и в «доковидный» период.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ по данным медицинских карт стационарных пациентов педиатрического отделения второго этапа выхаживания новорожденных детей в перинатальном центре 3 уровня за 1 квартал 2020 г. и аналогичный период 2022 г. при перепрофилировании роддома для оказания медицинской помощи беременным и родильницам с инфекцией COVID-19.

Результаты

Изменение работы роддома привело к снижению числа родов: всего за 1 квартал 2022 в роддоме родилось 456 детей, из них 17 недоношенных (3,7%). Детей, рожденных мамами с Ковид-19, было 230, из них 8 недоношенных (3,5%). В отделение переведено и пролечено 90 новорожденных (19,7% от числа родившихся), в 2020 году – 112. Среди пролеченных в отделении было 8 недоношенных, что в структуре соста-

вило 8,8% (17% в 2020 г.) Находились под наблюдением и получали лечение 68 детей от матерей с Ковид-19 (75,5% пролеченных в отделении). В отделение из реанимации поступило 12 новорожденных (13,3%, в 2020 году – 18%). Переведено в другие клиники 3 (3,3% детей).

Снижение числа недоношенных в структуре пролеченных в отделении отразилось на распределении детей по массе тела и привело к снижению числа пациентов с массой до 3000 г, которые составили 25,5% (42,8% в 2020 г.); уменьшению количества до 11% (22 % в 2020г.) детей, имеющих к моменту выписки различные нарушения церебрального статуса; к снижению показателя «средняя длительность пребывания на койке» до 7,5 (19,1 дней в 2020 г.).

Среди нозологических форм лидирующую позицию заняли инфекции, специфичные для перинатального периода 27‰ (10% в 2020г.). Из числа перенесших инфекцию новорожденных 19 (70%) были от матерей с Covid-19. Наиболее характерно было течение ВУИ с выраженным интоксикационным синдромом и значительными изменениями в лабораторных показателях. Число локальных форм поражения легких составило 3% (4,7% в 2020г.). В одном случае произошло инфицирование Covid-19 в родах: ребенок перенес легкую форму заболевания с тяжелым иммунодефицитом в последующем. Это свидетельствует о более тяжелом иммунодепрессивном статусе у новорожденных от матерей с Covid-19 и необходимости наблюдения за детьми до 7-10 суток.

Изолированных форм гипербилирубинемий без сочетания с воспалительными маркерами было значительно меньше, неонатальные желтухи составили в структуре заболеваний 9% (30,4% 2020г). Родовые травмы имели тенденцию к снижению – 5% (5,8% в 2020 г.). По литературным данным нет статистически значимого увеличения врожденных аномалий развития у детей от матерей, перенесших Covid-19 во время беременности, однако при анализе заболеваемости выявлено увеличение ВПР с 6,8% в 2020 г. до 14% в 2022 г. В их структуре лидирующие позиции занимают врожденные пороки сердца.

Заключение

В связи с оказанием помощи беременным, роженицам и родильницам с инфекцией Covid-19 имеются существенные изменения в работе педиатрического отделения второго этапа выхаживания новорожденных.

При оказании помощи и наблюдении за новорожденными в условиях инфекционного родильного дома лидирующие позиции занимают врожденные инфекции и врожденные аномалии развития, возможно связанными с особенностями течения беременности и изменениями иммунного статуса у женщин, перенесших новую короновирусную инфекцию Covid-19.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Хаджилаева Ф.Д.
ГКБ 4
г. Ставрополь

Цель

Оценка эффективности консервативно-выжидательной тактики ведения беременности и родоразрешения у женщин с ПИОВ в сроки гестации 22-26 недель.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ сверхранних преждевременных родов РГБЛПУ «Республиканский перинатальный центр» г. Черкесска, беременность которых осложнилась дородовым излитием околоплодных вод в сроки гестации 22-26 недель.

Результаты

За 12 месяцев 2016 г. произошло 13 ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель беременности, против 9 – за 2017 год и 20 – за 2018 год. Показатели в 2016 и 2017 годах схожи, это говорит о том, что частота ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель не снизилась и не увеличилась, к 2018 году наблюдается небольшая тенденция к увеличению доли сверхранних ПР с ПИОВ. В 2016 году в результате маточно-плодовой недостаточности рождены глубоко недоношенные дети экстремально низкой массой тела от 328 до 990 граммов. В 2017 году в результате маточно-плодовой недостаточности рождены глубоко недоношенные дети экстремально низкой массой тела от 420 до 980 граммов. В 2018 году в результате маточно-плодовой недостаточности рождены глубоко недоношенные дети экстремально низкой массой тела от 570 до 1100 граммов. ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель беременности чаще произошли в возрасте от 27-32 лет 7 (54%) в 2016 году против 4 (44%) в 2017 году и 11(55%) в 2018 году – у молодых женщин фертильного возраста. Социальное положение беременных – преимущественно домохозяйками. Большинство из них – неработающие 47,3%, служащие (медицинские работники, учителя, воспитатели дошкольного возраста) – 41,4%. Большинство из женщин повторнородящие, с отягощенным акушерским анамнезом (с рубцом на матке после предыдущего родоразрешения, неразвивающей беременностью, медицинские аборты, преждевременные роды). Количество медицинских абортов – 23.9%, с рубцом на матке после предыдущей операции кесарева сечения – 21.3%, неразвивающаяся беременность – 12.5%, самопроизвольный аборт – 10,2%,

бесплодие 1 и 2 степеней – 7,7%. Преждевременные роды в анамнезе имели 10.1%. Ранний охват беременных с ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель беременности составил 76.7% в 2018 году против 65.3% в 2017 году и 29.6% в 2016 году, что говорит о хорошем показателе работы женской консультации.

Заключение

При ПИОВ проведения консервативно-выжидательной тактики ведения беременности. Применение антигестагенов при дородовом излитии околоплодных вод обеспечивает созревание шейки матки (24,4%), спонтанное развитие родовой деятельности (36,2%), и позволяет снизить частоту оперативного родоразрешения.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АУТОАНТИТЕЛ МЕТОДОМ ЭЛИ-П ТЕСТ

Якубова Д.И., Игнатка И.В., Меграбян А.Д., Песегова С.В.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имениИ.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)
г. Москва

Цель

Определить роль аутоантител определяемых методом ЭЛИ-П тест в прогнозировании ранней и поздней формы задержки роста плода.

Материалы и методы

Исследование включало проспективный анализ 98 случаев родов, произошедших на базе перинатального центра ГБУЗ «ГКБ им С.С. Юдина ДЗМ» г. Москвы, в период с сентября 2020 года по сенбярь 2021 года.

Основную группу составили 79 беременных с задержкой роста плода. Группу сравнения составили 19 беременных, с физиологическим течением беременности.

Результаты

Определение аутоантител проводилось методом ЭЛИ-П тест (репродуктивное здоровье женщины) «Иммункулус» г. Москва, Россия.

Пациентки основной группы были разделены на подгруппы: 41 беременные были с ранней формой задержки роста плода (ЗРП) и 38 с поздней формой задержки

роста плода. При оценке возраста, социального статуса в подругппах статистических различий не выявлено.

Средняя масса новорожденных при рождении при ранней форме ЗРП составила 1350 [1040; 1750] г, при поздней форме ЗРП – 2290 [2088; 2350] г, в группе сравнения – 3450 [3175; 3665] г. Различия показателей были статистически значимы [p < 0,001].

При анализе роста детей при рождении в зависимости от групп, были выявлены статистически значимые различия [p < 0,001], при ранней форме ЗРП – 40 [36; 42] см, при поздней форме ЗРП – 46 [44; 46] см, в группе сравнения – 50 [49; 51] см. При оценке новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте были выявлены статистически значимые различия. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте при ранней форме ЗРП составила 6 [6; 7] баллов, при поздней форме ЗРП – 8 [7; 8] баллов, в группе сравнения – 8 [8; 9] баллов. Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте при ранней форме ЗРП составила 7 [7; 8] баллов, в при поздней форме ЗРП –8 [8; 9] баллов, в группе сравнения – 9 [8; 9] баллов.

При ранней форме ЗРП статистически значимо чаще встречались отклонения уровня аутоантител: к антигену ХГЧ, к коллагену, к TrM, к ANCA,к KiMS (p=0,047, p=0,013, p=0,016, p < 0,001, p=0,002). При поздней форме ЗРП статистически значимо чаще встречались аутоантитела: к DNA и инсулину. При ранней и поздней форме ЗРП высокая частота аутоантител к белку S100.

Поскольку установлены статистически значимые различия в исследуемых подгруппах, проведен ROC-анализ с целью прогнозирования ранней и поздней формы задержки роста плода.

С целью прогнозирования ранней формы ЗРП по результатам ROC– анализа показали статистическую значимость следующие аутоантитела: к антигену ХГЧ, к коллагену, к S100, к TrM, к ANCA, к KiMS. А с целью прогнозирования поздней формы ЗРП: к DNA, к коллагену, к инсулину, к S100.

По данным ROC-анализа, полученные модели: АТ к белку S100 и коллагену были статистистически значимы при ранней и поздней форме ЗРП.

Белок S100 является надежным маркером поражения нервной системы, обнаруживаемый в спиномозговой жидкости, в моче и в крови взрослых и новорожденных.

Заключение

В результате проведенного исследования было доказано, что определение аутоиммунных антител методом ЭЛИ-П тест показало свою информативность у беременных с задержкой роста плода и могут выступать в качестве лабораторного предиктора ранней и поздней формы.

Определение аутоантител может помочь нам найти более индивидуальный подход к ведению беременности с ранней и поздней формой ЗРП, так как современная медицина идет по пути персонализированной помощи.

РОЛЬ КОМБИНАЦИИ АУТОИММУННЫХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ФЕНОТИПА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Якубова Д.И., Игнатко И.В., Меграбян А.Д., Песегова С.В.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имениИ.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Москва

Цель

Совершенствование комплексной диагностики ранней и поздней формы задержки роста плода на основании комбинации аутоиммунных аутоантител.

Материалы и методы

В одноцентровом проспективном исследовании на базе в Родильного дома ГКБ имени С.С. Юдина приняли участия 117 беременных. 90 беременных (группа I) – с задержкой роста плода (ЗРП), из них 45 беременных с ранним фенотипом ЗРП (группа Ia), 45 с поздним фенотипов ЗРП (группа Ib). Группу II составили 27 беременных, с физиологическим течением беременности.

Результаты

При анализе возраста беременных сравниваемых групп, были выявлены статистически значимые различия [p < 0,001]. Возраст беременных в группе Ia составил 34 [29; 37] года, в группе Ib – 33 [25; 35] года, группе II – 23 [22; 28] года.

Определение аутоиммунных аутоантител проводились с использованием панели ЭЛИ-П-Комплекс, которая включает 12 иммунореагентов к аутоантителам.

При анализе аномального содержания аутоантител в обследуемых группах, были выявлены статистически значимые различия: АТ к антигену ХГЧ [p< 0,001], АТ к DNA [p< 0,001], АТ к B2-GP [p= 0,035], АТ к коллагену [p< 0,001], АТ к Fc-IgG [p= 0,001], АТ к инсулину [p < 0,001], АТ к S100 [p < 0,001], АТ к Spr [p< 0,001], АТ к TrM [p< 0,001], АТ к ANCA [p< 0,001], АТ к KiMS [p< 0,001]. При анализе частоты выявления отклонений уровня аутоантител при раннем и позднем фенотипе ЗРП, выявлено, что АТ к антигену ХГЧ, АТ к TrM, АТ к S100, АТ к ANCA, АТ к KiMS, выше при раннем фенотипе ЗРП.

При поздней фентипе ЗРП статистически значимо выше: АТ к DNA, АТ к инсулину. Аномальное содержание АТ к белку S100 встречаются с одинаковой частотой при раннем и позднем фенотипе ЗРП.

С целью совершенствования диагностики раннего и позднего фенотипа ЗРП в зависимости от аутоантител определяемых методом ЭЛИ-П тест, мы провели

бинарную логистическую регрессию. Методом бинарной логистической регрессии была разработана прогностическая модель для определения вероятности возникновения раннего фенотипа ЗРП в зависимости от аутоантител к ХГЧ, к белку S100, к ANCA, к KiMS [p < 0,001]. А также модель для определения вероятности возникновения позднего фенотипа ЗРП в зависимости от аутоантител к DNA, к коллагену, аутоантител к белку S100 [p < 0,001].

Заключение

Проведенное клиническое исследование позволило выявить диагностическую роль комбинаций аутоиммунных антител с использованием панели ЭЛИ-П-Комплекс при раннем и позднем фенотипе ЗРП.

При раннем фенотипе задержки роста плода комбинация: АТ к ХГЧ + АТ к S100 + АТ к ANCA + АТ к KiMS.

При поздней манифестации ЗРП показала диагностическую значимость комбинация АТ к DNA+ АТ к коллагену + АТ к S100.

Применение в клинической практике панели ЭЛИ-П комплекс, в свою очередь может снижить перинатальную заболеваемость и смерность, в связи с ранней диагностикой и профилактикой ЗРП.

Хирургия новорожденных

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Морозова Н.Я., Буров А.А., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Оценка системы гемостаза в реанимационном отделении является одним из обязательных исследований перед проведением любого оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное (n-150) и проспективное (n-150) исследование пациентов, проходивших лечение в отделении хирургии новорожденных с марта 2020г. по октябрь 2021г. Оценивались показатели системы гемостаза (ФБ, АЧТВ, протромбин по Квику, тест тромбодинамики), проведенные на автоматическом коагулометре Sysmex CA-1500 (Япония).

Результаты

По результатам проведенного исследования на базе ФГБУ НМИЦ АГиП им ак. В.И.Кулакова МЗ РФ ретроспективной группы пациентов (n=60) было выявлено, что у новорожденных в раннем послеоперационном периоде наблюдается гипокоагуляция по внешнему механизму свертывания (протромбин по Квику: Me=45,2(36,3-54,7), дефицит естественных антикоагулянтов (антитромбина III: Me=55,3(43,9-71,5), что предрасполагает к развитию геморрагических и тромботических осложнений. Выявленные особенности системы гемостаза мы использовали для усовершенствования существовавшей в нашем отделении тактики ведения пациентов и применили на проспективной группе. Перед началом хирургического вмешательства у новорожденных показатели внутреннего и внешнего механизмов свертывания, естественные

антикоагулянты (антитромбин III) и интегральные методы оценки системы гемостаза должны быть в пределах нормативных значений: фибриноген более 1,5 г/л, протромбин по Квику более 60%, АЧТВ менее 55 секунд, антитромбин III >50%, скорость роста сгустка по тесту тромбодинамики – 30-40 мкм/м.

В послеоперационном периоде проводилось восполнение дефицита факторов свертывания по внешнему механизму при снижении протромбина по Квику менее 35%. При снижении фибриногена менее 1 г/л проводилась коррекция криопреципитатом. Если наблюдалось повышение АЧТВ более 95 секунд, снижалась доза проводимой антикоагулянтной терапии на 25% или не назначалась при запланированном ее проведении. В послеоперационном периоде оценивалось состояние системы гемостаза после операции, на 2-4 и 5-7 послеоперационные сутки, затем контроль проводился 1 раз в неделю или при ухудшении состояния пациента.

Нарушения гемостаза были отмечены у 22,7% (68/300), из них 30% (45/150) у ретроспективной и 15,3% (23/150) у проспективной группы пациентов. Летальный исход в исследуемых группах среди нарушений гемостаза составил 51% (35/68), из них 60% (27/45) у ретроспективной и 34,8% (8/23) у проспективной группы пациентов.

Заключение

Новорожденные, требующие проведения хирургического вмешательства в первые часы и сутки после рождения, находятся в группе риска по развитию геморрагических и тромботических осложнений. Ранняя коррекция выделенных лабораторных показателей, связанных с особенностями системы гемостаза периоперационного периода, позволила снизить реализацию геморрагических и тромботических осложнений, а так же летальность у проспективной группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ДИАФРАГМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Толкачева Е.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Систематизировать опыт и разработать алгоритмы нутритивной поддержки после хирургического лечения ВПР с вовлечением органов ЖКТ

Материалы и методы

Ретроспективный анализ данных историй развития новорожденных Отделения хирургии новорожденных за 10 лет на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»

Результаты

За означенный период времени в отделении наблюдали 674 детей с врожденными пороками передней брюшной стенки и диафрагмы, из них с врожденной диафрагмальной грыжей 188 детей, которые находились на энтеральном питании из 343 детей, с гастрошизисом 166 детей, с омфалоцеле 165 детей.

У новорожденных детей с омфалоцеле нарушений функции желудочно-кишечного тракта не отмечали, ограничений для начала питания грудным молоком или адпатированной молочной смесью в послеоперационном периоде нет..

У детей с врожденной диафрагмальной грыжей часто отмечаются признаки гастро-эзофагеального рефлюкса, в связи с чем нуждаются в нутритивной поддержке лечебными смесями с антирефлюксным свойством.

Дети с гастрошизисом отличаются ферментативной недостаточностью и нуждаются в лечебном питании безлактазными молочными смесями с высокогидролизованным белком.

Заключение

В раннем послоперационном периоде дети нуждаются в различных терапевтических подходах энтерального питания, что позволяет отразить в алгоритме подбора нутритивной поддержки при каждой нозологической форме.

Реанимация иинтенсивная терапия новорожденных

ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУППЫ НЕОНАТАЛЬНЫЙ «NEAR MISS»

Девялтовская М.Г[1], Мосько П.Л.[2,3], Артюшевская М.В.[2,3]

1 ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
2 УЗ «Клинический родильный дом Минской области»,
3 ГУО «Белорусская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

Цель

Изучить тромбоцитарные индексы у новорожденных детей группы неонатальный «near miss» в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы

Группу неонатальный «near miss» составили 62 ребенка, родившиеся в сроке гестации менее 33 недель, группа сравнения включила 73 младенца, родившихся в сроке гестации от 33-34 недель. Изучены в общем анализе крови количество и средний объем тромбоцитов, коэффициенты больших тромбоцитов и распределения тромбоцитов по величине, тромбоцитокрит.

Результаты

Дети группы неонатальный «near miss» родились в сроке гестации менее 33 недель, с массой тела при рождении менее 1750 граммов. Уровень лактата в крови при рождении у младенцев группы неонатальный «near miss» был выше или равен 4,0 ммоль/литр. Продолжительность искусственной вентиляции легких составила от 1 до 7 дней. У пациентов группы неонатальный «near miss» относительно детей группы сравнения в 4 раза чаще развился синдром дыхательных расстройств тяжелой степени, в 1.5 раза чаще диагностирована пневмония.

При оценке тромбоцитарных индексов установлено, что на 1-ые сутки жизни у детей группы неонатальный «near miss» количество тромбоцитов и тромбоцитокрит были достоверно ниже (p=0.0001) относительно детей группы сравнения. На 3-4-ые сутки жизни у детей группы неонатальный «near miss» относительно детей группы сравнения наблюдалось достоверно более низкое количество тромбоцитов (p=0.0019); имелась тенденция к снижению тромбоцитокрита. При оценке тромбоцитарных индексов у младенцев на 1-ые сутки жизни не выявлено различий между группой неонатальный «near miss» и группой недоношенных детей, родившихся в сроке гестации от 33–34 недель. На 3-4-ые сутки жизни средний объем тромбоцитов (p=0.010), коэффициент больших тромбоцитов (p=0.0026), коэффициент распределения тромбоцитов по величине (p=0.0017) были достоверно выше у детей из группы неонатальный «near miss» по сравнению с недоношенных детьми, родившимися в сроке гестации от 33–34 недель.

Заключение

Тромбоцитарные индексы и количество тромбоцитов являются дополнительным диагностическим критерием оценки тяжести состояния новорожденного ребенка.

ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ПО ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Деларю Н.В., Заячникова Т.Е.

ФГБОУ ВО» Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ г. Волгоград

Цель

Внедрить современные технологии снижения смертности новорожденных в результате тяжелой асфиксии с учетом возможностей симуляционного центра

Материалы и методы

В Волгоградской области были организованы состоящие из 2-х человек бригады инструкторов по первичной реанимации новорождённых для 26 родовспомогательных учреждений. Проведены индивидуальные практические семинары с бригадами инструкторов и в формате группового тренинга.

Результаты

В рамках реализации региональной программы по созданию бригад инструкторов по первичной реанимации новорождённых в учреждениях родовспоможения в Центре было обучено 47 врачей-неонатологов и педиатров, 12 врачей анестезиологов-реаниматологов, 18 врачей акушеров-гинекологов, 30 акушерок, 42 медицинские сестры (с каждой бригадой инструкторов из 30-и районов Волгоградской области и лечебных учреждений Волгограда однократно 2 часа практических занятий и 4 часа 1 раз в 3 месяца в формате группового тренинга).

Практических семинары на базе симуляционного центра позволили отработать навыки и умения согласно алгоритму первичных реанимационных мероприятий в родильном зале, в том числе – контроль умения интубировать новорожденного ребенка на манекене с фиксацией времени 20 сек; выбор стартовых концентраций кислорода в воздушной смеси; технику непрямого массажа сердца, мониторинг основных витальный функций, умение работать с необходимым медицинским оборудованием, отработка навыков командной работы на симуляторе при моделировании ситуации оказания помощи новорожденному с тяжелой асфиксией. Согласно результатам контрольного тестирования специалистам пяти бригад инструкторов (17%) был рекомендован повторный контроль в симуляционном центре ввиду отсутствия должных навыков и умений по организации системы обучения принципам первичной реанимации новорожденных.

Разработаны и внедрены: Положение об инструкторе, методические материалы для обучения, формы контроля и отчета. Манекенами-тренажерами для проведения респираторной терапии и интубации новорожденных оснащены с помощью спонсорской помощи: 2 перинатальных центра, 10 родильных домов 2-го уровня, 3 родильных дома 1-го уровня.

Заключение

Организация системы непрерывного обучения навыкам первичной реанимации новорожденных в родовспомогательных учреждениях Волгоградской области позволила:

1. Улучшить качество оказания первичной реанимационной помощи новорожденным;
2. Снизить показатель смертности новорожденных в первые сутки жизни на 27%

Необходимо:

1. Продолжить внедрение симуляционных технологий обучения врачей неонатологов и среднего медицинского персонала с целью снижения младенческой смертности;
2. Развивать и совершенствовать систему инструкторов первичной реанимации новорожденных.

ПОКАЗАТЕЛИ КОС У НЕДОНОШЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Левченко Л.А.[1], Скосарева Г.А.[2]

1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной педиатрии;
2 Городская клиническая больница им. М.П.Кончаловского
г. Москва

Цель

провести сравнительную оценку показателей кислотно-основного состояния венозной крови у недоношенных новорожденных, имеющих дыхательные нарушения различного генеза.

Материалы и методы

Обследовали 300 недоношенных новорожденных с ГВ от 22 до 36 недель, имеющих дыхательные расстройства: ВУП, РДС и сочетанную патологию – ВУП+РДС. Контрольную группу составили 30 условно-здоровых недоношенных новорожденных. Все исследования КОС проводили с помощью ионоселективного ионизатора электролитов и газов крови «Easy Blood Gas» (США).

Результаты

Средние значения парциального напряжения кислорода и углекислого газа и показатели кислотно-основного состояния в венозной крови в первые сутки жизни недоношенных новорожденных с внутриутробной пневмонией (ВУП), респираторным дистресс-синдромом (РДС) и их сочетанием (ВУП+РДС), а также здоровых недоношенных детей контрольной группы были следующими:

1. Группа контроля: pO2= 5,1±2,2 кПа; pCO2=4,4±1,2 кПа; pH=7,38±0,026; SB=22±1,1 ммоль/л; BE=– 8,0±1,8 ммоль/л; BEe= – 7,5±1,6 ммоль/л.

2. Группа недоношенных с ВУП: pO2= 6,4±2,5 кПа; pCO2=4,6±1,4 кПа; pH=7,32±0,033; SB=18,5±2,5 ммоль/л; BE=– 8,0±1,8 ммоль/л; BEe= – 6,6±1,9 ммоль/л.

3. Группа недоношенных с РДС: pO2= 6,6±2,6кПа (p>0,05) ; pCO2=4,6±1,6 кПа (p>0,05); pH=7,29±0,035 (p<0,001); SB=18,7±2,2 ммоль/л (p>0,05); BE=– 7,6±1,9 ммоль/л (p<0,01); BEe= – 6,5±1,8 ммоль/л (p>0,05).

4. Группа недоношенных с ВУП+РДС: pO2= 6,6±2,9 кПа (p>0,05), (p1>0,05); pCO2=4,8±1,9 кПа (p>0,05), (p1>0,05); pH=7,28±0,031 (p<0,001), (p1<0,001); SB=18,7±2,9 ммоль/л

(p>0,05), (p1>0,05); BE=– 7,6±2,6 ммоль/л (p>0,05), (p1>0,05); BEe= – 6,4±2,2 ммоль/л (p>0,05), (p1>0,05).

Примечание: p – отличие по отношению к ВУП, p1 – отличие по отношению к РДС.

В случае исследования недоношенных с РДС полученные нами результаты хорошо согласуются с соответствующими литературными сведениями. В случае же недоношенных новорожденных с ВУП или ВУП+РДС аналогичные данные в литературе нами не обнаружены, что подтверждает актуальность проведенных исследований. Из выше приведенных показателей видно, что значения pO2 и pCO2 имеют тенденцию к увеличению ($p < 0,1$) по сравнению таковыми, найденными в контрольной группе детей. Значения pH у недоношенных новорожденных с респираторными нарушениями ниже ($p < 0,001$), чем в группе здоровых детей. При этом у новорожденных с РДС или ВУП+РДС величина показателя меньше ($p < 0,001$) по сравнению с таковым в группе детей, больных ВУП. С другой стороны, величины SB, BE и BBe, напротив, имеют тенденцию к уменьшению, наиболее ярко выраженную в первом случае ($p < 0,1$). Здесь же следует заметить следующее: значения всех исследованных показателей в группах недоношенных новорожденных с РДС и ВУП+РДС мало различаются между собой и имеют тенденции к изменению по сравнению с таковыми в группе детей с ВУП (в случае pH уменьшение значимо, $p < 0,05$).

Заключение

На основании полученных результатов и их анализа мы определили, что при ВУП у недоношенных новорожденных в первые сутки жизни компенсация ацидоза существенно лучше, чем при РДС или при сочетанной патологии – ВУП+РДС. Поскольку значения обсуждаемых показателей в группах с РДС и ВУП+РДС практически одинаковы, можно предположить, что в этих группах недоношенных новорожденных имеет место снижение или замедление компенсаторных реакций кислотно-основного равновесия, которая большей частью обусловлена дефицитом сурфактанта при рождении ребенка.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО МАРКЕРА НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Лёнюшкина А.А.[1], Пупышева А.Ф.[1], Савельева Е.И.[2], Пискунова В.В.[2], Никитина И.В.[1], Бембеева Б.О.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2]

1. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России;
2. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (СеченовскийУниверситет)
г. Москва

Цель

Оценить клиническую значимость измерения уровня Ср при реализации некротизирующего энтероколита (НЭК) у новорожденных детей различного ГВ.

Материалы и методы

В исследование вошли новорожденные, поступившие ОРИТН. Уровень Ср оценивался на 3, 7 сутки жизни, и при реализации НЭК в группе детей высокого риска НЭК (группа I – ГВ<33). Детям умеренного и низкого риска НЭК (ГВ ≥33 нед, группа II) уровень Ср исследовался при появлении подозрения на развитие НЭК.

Результаты

Сравнение показателей Ср проводилось между подгруппами детей в зависимости от наличия (a) или отсутствия НЭК (b), а также между детьми различного гестационного возраста Ia vs IIa. Помимо абсолютных значений Ср в группе I оценивалась его динамика – разница между величинами второй (7с.ж.) и первой пробы (3с.ж.), ΔCp2-1.

Подгруппы детей Ia (n=9) и Ib (n=30) статистически не различались по своим антропометрическим данным, ГВ, полу, оценке по шкале Апгар, методу родоразрешения и частоте антенатальной стероидной профилактики. У 7из 9 детей дебют НЭК произошел до 14 с.ж. Статистически значимых различий в уровнях Ср на 3 и 7 с.ж. между подгруппами Ia и Ib не было: Me= 318 μg/g, Q1-Q3 179-361,5 vs Me=244 μg/g, Q1-Q3140-365 (p>0,05); на 7 с.ж. Me= 2723 μg/g, Q1-Q3 1482-4314 vs Me=179 μg/g, Q1-Q3 75,5-386 (p>0,05). Однако было отмечено, что у детей без НЭК отмечалось снижение уровня Ср на 7 с.ж., в то время как у детей с реализацией НЭК, наоборот, происходило

его повышение Ср (ΔСр2-1 Me=2370 μg/g, Q1-Q3 1268-3995 vs Me= -43 μg/g, Q1-Q3 -297-198 в Ia vs Ib (p=0,023) подгруппах.

В группе II развитие НЭК отмечено у 4 детей (IIa), у 7-ми диагноз НЭК не был подтвержден (погруппа IIb). При сравнении уровней Ср между подгруппами IIa и IIb различий не выявлено.

При реализации НЭК значения Ср в подгруппе Ia (ГВ <33 нед) были выше, чем в подгруппе IIa (ГВ>33 нед), однако разница не достигла статистической значимости Me= 1472 μg/g, Q1-Q3 241-2723 vs Me=367,5 μg/g, Q1-Q3 217-1385 (p>0,05).

Заключение

Исследование динамики уровня Ср на 7 с.ж. по сравнению с 3.с.ж. может рассматриваться как перспективный неинвазивный метод диагностики НЭК у недоношенных новорожденных ГВ<33 нед. Однократное измерение Ср у новорождённых любого ГВ неинформативно в отношении предикции и диагностики НЭК. При сравнении между групппами в случае реализации НЭК показатели Ср у детей ГВ менее 33 недель превышают таковые у детей более старшего ГВ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

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

СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр No 1»
г. Санкт-Петербург

Цель

Определить частоту ВЖК у новорождённых с ВПС и проанализировать эффективность методов лабораторной диагностики для своевременного управления свёртывающей системой крови

Материалы и методы

Проанализированы данные 165 новорождённых детей в период с января 2020 г. по май 2022 г., находившихся на лечении в ДГМКСЦ ВМТ. Пациенты были разделены на 4 группы: 1) выжившие дети с ВПС – 91 (78%), 2) выжившие дети с ВПС и ВЖК –

3 (3,3%), 3) летальные исходы новорождённых с ВПС – 25 (22%), 4) новорождённые с диагнозом ВПС и ВЖК – 11 (44%)

Результаты

В группе выживших детей с врождёнными пороками сердца внутрижелудочковое кровоизлияние наблюдалось в 3,3% случаев.

В группе новорождённых с ВПС и летальным исходом внутрижелудочковое кровоизлияние встречалось в 44% случаев.

Стандартная коагулограмма производилась у всех наблюдаемых с ВЖК – 14 (100%).

Тромбоэластография однократно у двоих детей по месту рождения в Перинатальном центре №1 – 2 (14%) до поступления в ДГБ №1.

В группе наблюдаемых с внутрижелудочковым кровоизлиянием проведены: переливания свежезамороженной плазмы – 8 (57%), криопреципита – 1 (7%).

Заключение

1) Управление свертывающей системой крови у новорождённых детей с ВПС является проблемой с высокими рисками летальности на фоне трудноконтролируемых кровотечений.

2) Рутинное применение тромбоэластографии является современным методом эффективного контроля и прогнозирования нарушений во всех звеньях гемостаза с большими перспективами снижения летальности.

НАРУШЕНИЕ КОГЕРЕНТНОСТИ МЕЖДУ МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЛЯЦИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ПЕРЕД КОРРЕКЦИЕЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

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

СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр No 1»
г. Санкт-Петербург

Цель

Определить частоту развития, уточнить критерии синдрома нарушения системной перфузии у новорожденных и ее влияние на исходы.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 50 новорожденных, прооперированных по поводу врожденной патологии дуги аорты в клинике СПбГПМУ. Пациенты разделены на три группы: 1. бессимптомная – 8; 2. гипоперфузия висцеральных органов и нижних конечностей – 23; 3.гиперволемия малого круга кровообращения -19

Результаты

Систолическая дисфункция левого желудочка с одинаковой частотой встречалась во всех группах (среднее значение частоты ее развития 38% среди всех пациентов).). Корреляционная связь с летальным исходом (Rs = 0,55; p = 0,01), относительный риск неблагоприятного исхода при наличии признака систолическая дисфункция составил 11,5 (95% ДИ: 4,5 – 44) при x2 = 14,1 и p = 0,001. Признак системной гипоперфузии показал выраженную корреляционную связь с летальным исходом (Rs = 0,68; p = 0,005). Относительный риск неблагоприятного исхода у пациентов с признаками системной гипоперфузии составил 53 (95% ДИ: 5,4 – 250). Системная гипоперфузия приводила к острому повреждению почек (относительный риск составил 3,4; 95% ДИ: 1,7 – 8,5) и необходимости применения длительной респираторной поддержки (относительный риск 6,5, 95% ДИ: 3,3 – 22,1). Фракция выброса ЛЖ имеет корреляционную связь с неблагоприятным исходом (R = 0,577; при p = 0,001 с чувствительностью 77,8% и специфичностью 83,3%, при x2 = 11 и p = 0,002) и в 17,5 раз увеличивает относительный риск летального исхода (95% ДИ: 2,6 – 117,3). Легочная гипертензия наблюдалась у пациентов включенных в исследование в 62% случаев была выявлена значимая связь легочной гипертензии с неблагоприятными исходами в исследовании (Rs = 0,55; p = 0,001), относительный риск составил 2,0 (95% ДИ: 1,4 – 2,9) при x2 = 13 и p = 0,001.

Заключение

Систолическая дисфункция ЛЖ у новорожденных с системной гипоперфузией до операции в 17,5 раз увеличивает относительный риск летального исхода (95% ДИ: 2,6 – 117,3).

2. Новорожденных с кардиогенным шоком или с риском развития кардиогенного шока на стадии ухудшения гемодинамики с клинико-лабораторными проявлениями системной гипоперфузии необходимо разделять на 2 группы (гипоперфузия висцеральных органов и отек легких) так как выраженная системная гипоперфузия увеличивает относительный риск неблагоприятного исхода у пациентов в 53 раза (95% ДИ: 5,4 – 250)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПАРАХ МАТЬ-РЕБЕНОК У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Никитина И.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Огаркова Е.А.[3], Ипполитов А.Л.[2], Савельева Е.И.[2], Ленюшкина А.А.[1]

1. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России ;
2. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России
3. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
г. Москва

Цель

Определить клиническую значимость комплексного микробиологического обследования в парах мать-ребенок у новорождённых в критическом состоянии.

Материалы и методы

У детей гестационного возраста (ГВ) 24-42 нед, поступивших в ОРИТН (n=280) проводилось микробиологическое исследование (МИ) отделяемого со слизистой оболочки зева и ануса, образцов крови в первые сутки жизни. Данные обследования детей сопоставлялись с МИ матерей (посев из цервикального канала или влагалища), взятых незадолго до родоразрешения.

Результаты

По результатам ретроспективной оценки данные о МИ матерей имелись в 127 парах мать-ребёнок, которые вошли в окончательный статистический анализ. В зависимости от наличия или отсутствия роста условно-патогенной микрофлоры (УПМ) при МИ матери новорожденные были разделены на 2 основные группы, в которых проводилось сравнение: I группа – новорожденные от матерей с наличием роста УПМ, II группа – новорожденные от матерей с отсутствием УПМ. Оценивалась взаимосвязь результатов МИ со следующими показателями: развитие врожденной инфекции (раннего неонатального сепсиса (РНС) и врожденной пневмонии(ВП)), осложнений неонатального периода и летальных исходов.

Группы новорожденных не различались по ГВ (Me=35 (24-41) vs Me=35,3 (27-42), p=0,8, в группах I и II, соответственно), массе тела (Me=2416 (397 - 4404) vs Me=2328 (943 - 4360), p=0,78) оценке по шкале Апгар, частоте летальных исходов и осложнений. Особенности материнского анамнеза и течения беременности также не различа-

лись. Статистически значимой взаимосвязи наличия УПМ только у матерей (без учета УПМ ребенка) с развитием врожденных инфекций и осложнений обнаружено не было: развитие врожденных инфекций отмечалось одинаково часто как у детей от матерей с наличием роста УПМ, так и от матерей с отсутствием роста УПМ (34/90; 37% vs 13/37; 35%, p=0,84). Совпадение штаммов УПМ у матери и новорожденного выявлено в 10% (9/90) случаев. Видовой состав идентичных УПМ в парах мать-ребенок был представлен E. coli (n=3), Candida sp (n=3) Enterococcus sp. (n=3), Enterobacter aerogenes (n=1), Streptococcus agalactiae (n=1). Выявление идентичной микрофлоры у матери и ребенка является независимым статистически значимым фактором развития врожденных инфекций (ОР=2,1, ДИ 1,4-3,2, p=0,03). Кроме того, обнаружение E. coli и/или Candida sp у матери и у ребенка, является статистически значимым фактором последующей реализации некротизирующего энтероколита (НЭК) (ОР=12,6, ДИ=1,8-42,8, p=0,038).

Заключение

Обнаружение идентичной микрофлоры у матери и ребенка ассоциировано с развитием врожденных инфекций (РНС и ВП), а обнаружение E.coli и Candida sp в парах мать-ребенок повышает риск последующего развития НЭК. Результаты МИ матери следует интерпретировать только в совокупности с МИ ребенка, так как сам факт наличия УПМ только у матери не является прогностическим фактором развития врожденных инфекций, не влияет на тяжесть состояния новорождённого, частоту осложнений и показатели летальности.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕТАЛЬНО-МАТЕРИНСКОЙ ГИПЕРОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У ПЛОДА

Писарева Е.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Оценить влияние фетально-материнской гипероксигенации на неонатальный исход течения легочной гипертензии (в ходе проведения эхокардиографии плода и новорожденного).

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 5 историй развития новорожденных, с установленным диагнозом врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ), находившихся под динамическим наблюдением с рождения до выписки из стационара.

Результаты

По данным эхокардиографии (ЭХО-КГ) плода в 100% случаев на фоне проводимой фетально-материнской гипероксигенации (ФМГ) отмечается расширение диаметра ветвей легочных артерий, преимущественно на стороне гипоплазированного легкого, увеличение скоростей потока крови, также интегрированной скорости кровотока по времени. При этом пульсационный индекс снижается. Вместе с тем отмечается увеличение возврата крови к левому предсердию, о чем свидетельствует увеличение диаметра легочных вен, увеличение показателей кровотока в них. По данным ЭХО-КГ новорожденного регистрировалась, в большинстве случаев, субсистемная легочная гипертензия в первые сутки жизни, что позволило в более короткие сроки провести предоперационную подготовку, снизить длительность госпитализации новорожденных (в том числе и в отделении реанимации и интенсивной терапии).

Заключение

Описан первый опыт использования ФМГ при диафрагмальной грыже у плода. Данный вид терапии может быть потенциальной новой терапевтической стратегией для прогностически тяжелых форм врожденной диафрагмальной грыжи. Тем не менее необходимы дальнейшие исследования.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ КОРРЕКЦИИ КРИТИЧЕСКИХ ВПС У НОВОРОЖДЁННЫХ

Свалов А.И, Тарасов Е.М., Александрова О.В., Божеску С.К, Тюльпин А.В., Захаров Е.В., Казанцев К.Б

ГАУЗ СО СОКБ No1
г. Екатеринбург

Цель

Определить валидность шкал полиорганной недостаточности (NEOMOD, PedSOFA, NeoSOFA), при анализе лечения критических нецианотических пороков сердца у новорождённых.

Материалы и методы

На основании данных ОАР ГАУЗ СО СОКБ №1 г. Екатеринбурга с января 2018 по декабрь 2021 года был проведено проспективное исследование 92 новорождённых. Проведен сравнительный статистический анализ лабораторных, клинических данных и вышеперечисленных шкал

Результаты

Средний возраст составил 9,6 суток (1;13), масса тела – 3,3 кг (2,9;3,7). Найдена зависимость между продолжительностью ИК и развитием СПОН (AUC-0,71;оптимальный порог (о.п.)–80 мин;p<0,008). У 48 (59%) пациентов после операции в условиях ИК развился синдром полиорганной недостаточности (СПОН). Наибольшая потребность в вазоактивно-инотропной поддержки (VIS) отмечалась на 24 часа после операции – 16,7 (7;23). На этом же этапе отмечается клиника острой почечной недостаточности, которая приводила к перегрузке жидкостью и составила – 4,8% (0,6;7,1), что потребовало применения перитониального диализа у 25 (30,5%) пациентов.

Найдена достоверная зависимость между количеством баллов на 24 часа и развитием СПОН по шкале: NEOMOD – (AUC – 0,81; о.п.- 7 баллов; p<0,0001); PedSOFA – (AUC – 0,8;о.п.- 11 баллов; p<0,0001); NeoSOFA – (AUC – 0,8; о.п.- 6 баллов; p<0,0001). На 48 часов сохраняется клиника СПОН и найдена достоверная зависимость по шкалам: NEOMOD – (AUC – 0,83;о.п.- 6 баллов; p<0,0001); PedSOFA – (AUC – 0,86;о.п. – 11 баллов; p<0,0001); NeoSOFA – (AUC – 0,79;о.п. – 6 баллов; p<0,0001). В дальнейшем на 72 часа, отмечается снижение клиники СПОН по шкалам: NEOMOD – (AUC – 0,88;о.п.- 4 балла; p<0,0001); PedSOFA – (AUC – 0,82;о.п. – 10 баллов; p=0,0001); NeoSOFA – (AUC – 0,81;о.п. – 5 баллов; p<0,005).

Продолжительность ИВЛ и койко-день в ОАР у детей с СПОН составила – 8,2 (4;20) суток и 9,4 (4;20) суток, соответственно, что достоверно выше, чем у детей с изолированной сердечной недостаточностью – 3,8 (1;6) и 4,9 (1;7) суток, соответственно. Летальность – 6,1% (5) пациентов.

Заключение

Все вышеизложенные шкалы, достоверно оценивают тяжесть СПОН после операций у новорождённых с критическими ВПС, перенёсших ИК. Анализ динамики шкал позволяет вовремя реагировать на происходящие изменения в состоянии больного.

Респираторная терапия новорожденных

ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Звягина Ж.А., Цой Е.Г.,

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии и неонатологии. ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница им.Ю.А.Атаманова»
г. Кемерово

Цель

Изучение особенностей гемодинамики у недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела, находящихся на респираторной поддержке, в первую неделю жизни.

Материалы и методы

У 36 детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела, находящихся на респираторной поддержке, в первую неделю жизни оценены показатели гемодинамики по данным эхокардиографии, параметры респираторной поддержки недоношенных детей, клинико-анамнестические и лабораторные данные (кислотно-основного и электролитного состояния крови)

Результаты

В процессе исследования дети были разделены на 2 группы: 1-я группа (28 детей) с функционирующим артериальным протоком (ФАП) в первые 72 часа жизни, 2-я группа (8 детей) с отсутствием ФАП. Размеры артериального протока составили 2,09±0,16 мм. Для детей с ФАП был характерен респираторный ацидоз в первые 2 дня жизни: pH 7,28±0,02 (в сравнении с группой без ОАП 7,37±0,02, p=0,004), pCO2 39,08±1,95 мм рт ст (в сравнении с 2-й группой – 28,73±2,46 мм рт ст, p=0,029), более низкое систолическое (1-я группа – 60,43±1,78 мм рт ст, 2-я группа – 68,38±3,76 мм рт ст) и диастолическое

артериальное давление (АД) (1-я группа 41,04±1,29 мм рт ст, 2-я группа – 48,25±2,14 мм рт ст) в первые 72 часа жизни, а также среднее АД (1-я группа 36,98±1,73 мм рт ст, 2-я группа – 38,67±2,23 мм рт ст). При ФАП выявили умеренную дилатацию левого желудочка (ЛЖ) (КДР в 1-й группе 1,16±0,02 см, во 2-й группе 1,02±0,04 см (p=0,016), КСР в 1-й группе 0,67±0,02 см, во 2-й группе 0,56±0,04 см, (p=0,028)), увеличение ударного объема ЛЖ (1-я группа 2,48±0,14 мл, 2-я группа 1,88±0,23 мл (p=0,04)) и увеличение кровотока в малом круге кровообращения (диастолическая скорость в легочной артерии в 1-й группе 0,25±0,04 м/с, во 2-й группе 0,07±0,02 м/с (p=0,027). У детей с отсутствием ФАП в первые 72 ч жизни (2-я группа) в респираторной поддержке применялись более высокие параметры давления на вдохе (Pin) (1-я группа 17,0±0,49 смH2O, 2-я группа 21,33±2,4 смH2O, (p=0,04)) и среднее давление в дыхательных путях (MAP) (1-я группа 6,07±0,39 смH2O, 2-я группа 7,42±0,64 смH2O, (p=0,03)). Наличие ФАП после 7 суток жизни не выявило достоверных отличий в параметрах респираторной поддержки у недоношенных детей.

Заключение

У недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ с ФАП в первые 72 ч жизни выявлены умеренная дилатация и увеличение ударного объема левого желудочка, увеличение кровотока в малом круге кровообращения. У недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ, находящихся на респираторной поддержке, возможно управление размерами ФАП с целью уменьшения его размеров за счет умеренного повышения MAP до 7,42±0,64 смH2O и Pin до 21,33±2,4 смH2O. Косвенно на размеры ФАП можно влиять, поддерживая pH в пределах 7,37±0,02, pCO2 28,73±2,46 мм рт ст, а также поддерживая среднее АД в пределах 38,67±2,23 мм рт ст.

Энтеральное и парентеральное питание новорожденных

ОСОБЕННОСТИ АДИПОЦИТОКИНОВ И МАКРОНУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА С УЧЕТОМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Прилуцкая В.А.[1], Виктор С.А.[2], Глущенко М.Ф.[2]

1 Белорусский государственный медицинский университет;
2 Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
г. Минск, Беларусь

Цель

Оценить особенности уровней адипоцитокинов и макронутриентов грудного молока с учетом антропометрических показателей матерей новорожденных.

Материалы и методы

Нами обследовано 35 пар мать–ребенок, находившихся в РНПЦ «Мать и дитя». Доношенных – 51%, недоношенных – 49%. Образцы ГМ собраны на 16 (10–29) сут жизни младенцев. Содержание белка, жира, углеводов и энергетическую ценность определяли с помощью инфракрасной спектрометрии, лептин и адипонектин – ИФА.

Результаты

Возраст матерей составил 32,0 (27,0–35,0) лет, преграви дарная масса тела (МТ) – 64,0 (57,0–79,0) кг, преграви дарный ИМТ – 24,1 (20,2–29,3) кг/м2, гестационная прибавка МТ – 6,0 (1,5–10,0) кг. Гестационный возраст детей был 245 (190–266) суток, МТ – 2120 (860–3360) г, длина – 44 (34–510) см, ИМТ – 10,64 (7,70–12,92) кг/м2. Девочек – 11 (31,4%), мальчиков – 24 (68,6%). Концентрация аппетитрегулирующего гормона лептин в зрелом грудном молоке всех обследованных женщин составила 0,109 (0,043–0,152) нг/мл, с минимальным значением 0,021 нг/мл, максимальным – 0,717 нг/мл. Содержание

адипонектина колебалось в диапазоне от 2,31 нг/мл (минимум) до 25,50 нг/мл (максимум), с Me (25%–75%) составившими 5,31 (4,21–7,76) нг/мл. Для оценки влияния нарушения жирового обмена женщин на уровни адипокинов грудного молока выделено 2 группы: Гр1 (n=17/35, 48,6%) – младенцы от матерей с прегравидарными избыточной МТ или ожирением, Гр2 (n=18/35, 51,4%) – новорожденные от матерей с нормальной массой тела. Уровни лептина грудного молока в Гр1 были значимо выше аналогичного показателя в Гр2 (0,130 (0,086–0,261) нг/мл против 0,076 (0,043–0,109) нг/мл, U=65,5, p=0,035). Joung K.E. et al. (2021) показали, что лептин ГМ всасывается через желудочно-кишечный тракт и способствует росту тонкой кишки посредством местного трофического действия и/или системного действия в качестве фактора роста. Нами не выявлено статистически значимых различий содержания адипонектина, белков, жиров и углеводов (U=54,0, p=0,364, U=116,0, p=0,921, U=107,5, p=0,662 и U=111,5, p=0,781 соответственно). Новорожденные получали ГМ с сопоставимой энергетической ценностью субстрата (76,8 (65,9–84,7) ккал/100мл в Гр1 против 74,0 (69,2–91,5) ккал/100мл в Гр2, U=107,5, p=0,662). Установлены статистически значимые корреляции между уровнями лептина ГМ и прегравидарными МТ (r=0,71, p<0,05), ИМТ (r=0,71, p<0,05), МТ женщины накануне родов (r=0,79, p<0,01) женщин накануне срочных родов.

Заключение

Уровни лептина грудного молока матерей с прегравидарными избыточной МТ/ожирением статистически значимо выше показателя женщин с долженствующим прегравидарным весом. Выявленные особенности содержания адипокинов ГМ, их связь с антропометрическими параметрами матерей могут определять вклад ГМ в формирование процесса метаболического программирования. Необходимы дальнейшие исследования по изучению роли адипокинов и макронутриентов женского молока на контроль аппетита, рост и развитие детей.

Болезни новорожденных

ВЛИЯНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Амирова В.Р., Грешилов А.А., Каримова С.С., Шолохова А.В.
ГБУЗ «Республиканский клинический перинатальный центр» МЗ РБ г. Уфа

Цель

Определить влияние пассивной иммунизации препаратом Паливизумаб на показатели заболеваемости острыми респираторными заболеваниями у недоношенных младенцев.

Материалы и методы

В исследование было включено 516 детей первого года жизни, состоящих на учете в Кабинете катамнеза РКПЦ в 2020-2021 гг. На сроке гестации ≤ 32 недель родились 277 (53,7%) детей, на сроке гестации 32-35 недель – 239 (46,3%) ребенка. Иммунопрофилактику получило 250 (48,4%) детей, 266 (51,6%) детям иммунопрофилактика не проводилась.

Результаты

Как показало проведенное исследование, в группе детей с ГВ ≤ 32 недель доля иммунизированных детей оказалась значительно выше, чем в группе детей с ГВ 32-35 нед. – 58,1% против 37,2% (p<0,001). Кроме того, в группе детей с ГВ ≤ 32 недель доля детей, иммунизированных 3-5 раз оказалась достоверно более высокой, чем в группе детей с ГВ 32-35 недель – 32,9% против 17,9% (p=0,017).

По поводу острой респираторной инфекции в поликлинику обратилось 149 иммунизированных детей и 218 не иммунизированных (59,6% против 82,0%, p<0,001; отно-

сительный риск (ОР) 0,73 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,65-0,82). При этом наиболее существенное снижение доли детей, обратившихся в поликлинику, отмечалось в группе детей с ГВ ≤ 32 недель – 52,2% против 83,6% (p<0,001; ОР 0,62 (95% ДИ 0,54-0,74).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что профилактика РСВ инфекции позволяет также снизить риск госпитализации детей с острыми респираторными инфекциями. Так иммунизированные дети достоверно реже, чем не иммунизированные, попадали в стационар по поводу бронхита – 24,0% против 32,3% (p=0,045; ОР 0,62 (95% ДИ 0,54-0,74).

Наиболее значимо иммунизация влияла на частоту госпитализации детей, родившихся на сроке гестации ≤ 32 недель. Доля госпитализированных младенцев, получивших иммунизацию, составила 30,4% против 47,4% у не иммунизированных детей (p=0,007; ОР 0,64 (95% ДИ 0,47-0,88); доля общего числа госпитализаций составила соответственно 43,4% против 57,8% (p=0,026; ОР 0,75 (95% ДИ 0,59-0,96). По поводу бронихита было госпитализировано 19,9% иммунизированных и 34,5% не иммунизированных глубоко недоношенных детей (p=0,015; ОР 0,59 (95% ДИ 0,38-0,91).

Заключение

Исследование показало, что пассивная иммунизация препаратом Паливизумаб снижает показатели обращаемости в поликлинику по поводу острых инфекций органов дыхания у недоношенных младенцев из группы риска по тяжелому течению РСВ инфекции на 23-38%. Риск госпитализации снижается на 36-38%, в том числе по поводу бронхита – на 38-41%. Протективный эффект иммунопрофилактики наиболее выражен в группе глубоко недоношенных детей (ГВ ≤ 32 недель), что, вероятно, обусловлено достоверно более высокими показателями кратности иммунизации этих младенцев.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА)

Анциферова Е.В., Ешинимаева Е.Ц., Новикова Г.Н., Кедровская Н.С., Караганова К.И., Смирнова Ю.А., Таранушенко Т.Е.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
г. Красноярск

Цель

Уточнение наиболее значимых антенатальных факторов риска раннего неонатального сепсиса (РНС) у новорожденных детей.

Материалы и методы

Проведено открытое, ретроспективное, сплошное, одноцентровое исследование. В работе представлены результаты 11 летальных случаев новорожденных детей с диагностированным РНС, рожденных в Красноярском краевом клиническом центре охраны материнства и детства (ККККЦОМД), г. Красноярск за 2021 год.

Результаты

За анализируемый период в ККККЦОМД родилось 3625 новорожденных детей, РНС диагностирован у 18 детей (0,5%). В исследование включены 11 случаев с летальным исходом (61,1%), из них мальчики составили 63,6%, девочки – 36,4%. Медиана гестационного возраста – 27 недель [24,5; 30,5], медиана массы тела – 750 г [530; 1175], задержка внутриутробного развития выявлена в 54,5% наблюдений. Медиана продолжительности жизни составила 4 суток [2;5]. Анализ неблагоприятных антенатальных факторов показал высокую выявляемость следующих патологических состояний: нарушение маточно-плацентарного кровотока – 63,6% (из них критические нарушения плодового кровотока – 57,1%), маловодие – 36,4%, длительный безводный промежуток (медиана 72 часа [52;112]), тяжелая преэклампсия и вагинит – по 27,3%, хронический гепатит С и истмико-цервикальная недостаточность по 18,2%. По результатам бактериологического исследования положительный высев из половых органов зарегистрирован в 72,7% случаев, из плаценты – 40%. По результатам гистологического исследования плаценты воспалительные изменения выявлены

у 100% женщин (децидуит – 90%, хориоамнионит – 40%, фуникулит – 30%, мембранит – 20%). Родоразрешение путем операции кесарево сечение проведено у 72,7% женщин, при этом показаниями для оперативного вмешательствами явились: декомпенсация хронической плацентарной недостаточности – 75%, тяжелая преэклампсия – 37,5%, олигогидрамнион – 25%, ангидрамнион – 12,5%, нарастающее многоводие – 12,5%.

Заключение

Наиболее негативными антенатальными факторами, которые предрасполагают к развитию раннего неонатального сепсиса с летальным исходом, являются воспалительные изменения плаценты, подтвержденные результатами гистологического исследования, в сочетании с критическими нарушениями кровотока у плода.

ОСОБЕННОСТИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Анциферова Е.В., Прожкевич М.О., Вещицкая Т.В., Писарева Т.В., Первухин А.П., Караганова К.И., Бауров П.П., Таранушенко Т.Е.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
г. Красноярск

Цель

Анализ клинико-лабораторных особенностей и динамики гликемии с уточнением сроков стабилизации глюкозы крови у детей, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом

Материалы и методы

В работе представлены результаты наблюдения 67 новорожденных детей с гипогликемиями, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом, родившихся в Красноярском краевом клиническом центре охраны материнства и детства (ККККЦОМД) за 2020 год.

Результаты

За анализируемый период в ККККЦОМД родоразрешены 212 женщин с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия в раннем неонатальном периоде выявлена

у 67 новорожденных детей (31,6%), из них мальчики составили 47,8%, девочки – 52,5%. Медиана гестационного возраста – 38 недель [37; 39], доношенные дети составили – 86,6% от всех обследованных. Медиана массы тела – 3360 г [3115; 3690], у 31,3% новорожденных масса тела была выше 90 центиля (в т.ч. выше 97% – 38,1%), задержка внутриутробного развития выявлена в 3% наблюдений. Диабетическая фетопатия диагностирована в 16,4% случаев. Минимальный уровень гликемии достиг 1,1 ммоль/л [1,85;2,2]. Клинические признаки гипогликемии отсутствовали в 95,5% случаев, соответственно, у 4,5% детей имелись клинические проявления в виде снижения двигательной активности и рефлексов. Распределение новорожденных с учетом возраста манифестации гипогликемии показало следующее: в 1 сутки жизни низкие значения глюкозы крови установлены в 86,6% случаях, на 2 сутки – 9,0%, 3 сутки – 4,4%. Анализ минимальных уровней гликемии, с учетом сроков выявления, показал, что у 80,6% новорожденных самые низкие значения глюкозы крови зарегистрированы в 1 сутки жизни, у 11,9% – на 2 сутки, у 7,5% – на 3 сутки. Лечебная тактика гипогликемии включала парентеральную инфузию 10% раствором глюкозы (58,2% новорожденных) или энтеральное введение раствора 5% глюкозы (41,8%). Нормализация уровня гликемии (без последующих эпизодов снижения) наступила на 1 сутки жизни – у 61,2%, 2 сутки – 35,8%, 3 сутки – у 3% детей.

Заключение

К особенностям неонатальной гипогликемии следует отнести отсутствие характерных клинических проявлений у 95,8% детей, что подтверждает важность и необходимость мониторинга гликемии в раннем неонатальном периоде для проведения своевременной и адекватной терапии.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА).

Анциферова Е.В., Рубцова С.О., Гавриленко О.В., Антипина Т.А., Лещенко И.А., Персиянова О.А., Карпова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ. КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
г. Красноярск

Цель

Выявление и анализ наиболее значимых лабораторных показателей НЭК у недоношенных новорожденных детей с массой тела менее 1500 г.

Материалы и методы

В работе представлены результаты лабораторных тестов у 32 недоношенных новорожденных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, родившиеся в Красноярском краевом клиническом центре охраны материнства и детства (КККЦОМД), г. Красноярска в период с 1 января 2019 года по 31 декабря 2020 года, с диагностированным НЭК (1Б-3Б стадии).

Результаты

За анализируемый период в КККЦОМД родилось 477 детей с массой тела менее 1500 г, в исследование включены 32 ребенка (6,7%), которым уставлен диагноз НЭК 1Б-3Б стадии (в соответствии с классификацией НЭК по стадиям течения, предложенной Bell et al. (1978) в модификации Walsh and Kliegman (1987)). Из них мальчики составили 65,6%, девочки – 34,4%. Медиана гестационного возраста – 26 недель [25; 28], медиана массы тела – 830 г [700; 1055], задержка внутриутробного развития выявлена в 9,4% наблюдений. Распределение пациентов по стадиям НЭК: наибольший удельный вес составили дети с IБ стадией НЭК – 34,4%, IIА стадия – 25% детей, IIБ стадия – 18,8%, IIIА – 3,1% и в 18,8% установлена IIIБ стадия. Медиана срока манифестации НЭК соответствовала 14,5 суткам жизни [6,4;23]. Выявленные измене-

ния результатов лабораторных данных, типичных для манифестации НЭК: лейкоцитоз у 40,6% детей, лейкопения – 6,3%, нейтрофилез – 38,7%, нейтропения – 9,7%, нейтрофильный индекс более 0,2 – 23,1%, тромбоцитопения – 15,6%, положительный СРБ – 60,7%, резко возникшая гипонатриемия – 31,3%, нарушенная толерантность к глюкозе – 46,4%, метаболический ацидоз – 60,7%, изолированный дефицит оснований – 10,7%, положительный прокальцитониновый тест, выявленный у 84,6% детей (наиболее информативный лабораторный критерий). Весь комплекс рассмотренных изменений в анализе крови имели только 2 детей (6,3%).

Заключение

У глубоконедоношенных детей лабораторные изменения некротизирующего энтероколита не специфичны, нередко отстают от клинических проявлений и требуют динамического мониторинга с обязательным определением прокальцитонинового теста.

ПРЕСЕПСИН – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СЕПСИСА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Бугаева А.Т.
ГБУ РС(Я) ЯРКБ Перинатальный Центр
г. Якутск

Цель

Использование пресепсина у новорожденных как чувствительного маркера на развитие сепсиса. А таже особенности реагирования у доношенных и недоношенных детей.

Материалы и методы

Количество детей у которых сравнивался уровень пресепсина n=85. Количество образцов n=151.(заборы в динамике)Первое исследование сравнивало уровень пресепсина с корреляцией показателей лейкоцитов в крови ребенка.Второе исследование разделило детей на 3 группы по срокам гестации при рождении: меньше 28 нед, 28-36 нед. и 37 и более.

Результаты

При обработке данных получены следующие данные:
1 исследование:

Проанализировано 149 показателей пресепсина у 85 детей в сравнении с количеством лейкоцитов в общем анализе крови взятом в тот же день.

При корреляции двух показателей (пресепсина и лейкоцитов) получили следующие данные:

1 группа n=78(52%) с лейкоцитозом в крови в день взятия пресепсина. Средний уровень составил 947,5пг/мл.

2 группа n=19 (13%) с лейкопенией в крови в день взятия пресепсина. Средний показатель 1067,3пг/мл.

3 группа n=52(35%) с нормальными показателями уровня лейкоцитов. Средний уровень пресепсина у данных детей 830,7пг/мл.

4 группа с патологичными уровнями лейкоцитов(и лейкоцитоз и лейкопения) n=97(65%). Средний уровень 971,0.

В двух случаях уровень лейкоцитов в день взятия пресепсина не был определен.

2 исследование:

Взяты максимальные уровни персепсина у 85 детей. Данные разделены по гестационному возрасту при рождении и выявлены следующие уровни пресепсина:

Дети с гестационным возрастом до 28 нед. n=26. Средний уровень пресепсина составил 879,3 пг/мл. Минимальный 193пг/мл. Максимальный 2077 пг/мл.

У детей в возрасте при рождении 28-36нед. n=44. Среднее значение- 985,5 пг/мл. Минимальный 144пг/мл и максимальный 3576 пг/мл.

А дети 37 недель и более n=15 со средним значением1057,5 пг/мл. Минимальный уровень составил 248 пг/мл и максимальным 4652 пг/мл.

Заключение

П– более ранний маркер системного воспаления, чем уровень лейкоцитов в крови. Уровень П зависит от иммунного статуса новорожденного. Чем совершеннее иммунитет ребенка, а именно клеточный компонент за счет усиленного фагоцитоза, тем точнее определяется уровень П. У доношенных отмечался наибольший уровень П, а значит более выраженный ответ на инфекционное воспаление.При лейкопении наблюдался более высокий уровень П.Определение П помогает при постановке диагноза и выборе тактики лечения

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОДЕРМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ СТРЕССА У НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Букина М.Ю., Якубина А.А., Аксёнов А.Н., Бочарова И.И.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства игинекологии
г. Москва

Цель

Оценить стрессовое влияние различных способов родоразрешения на новорождённых путём измерения параметров ЭДА.

Материалы и методы

120 новорождённых были включены в группы по способу родоразрешения матерей. 1 группа- кесарево сечение- 45 детей, 2- самопроизвольные роды- 60 детей, 3- вакуум-экстракция- 15 детей. Изучены показатели ЭДА: графический тренд интенсивности стресс-реакции и показатель кумулятивного эффекта стресса, представленный в виде центильной таблицы.

Результаты

В ходе исследования было выявлено, что увеличение амплитуды графического тренда свидетельствует о повышении реакции ребёнка на стрессовое воздействие, отсутствие вариабельности графического тренда – об истощении реактивности организма и, соответственно, ухудшении состояния. Показатель кумулятивного эффекта стресса был расценен как индикатор адаптивных возможностей организма на пролонгированный стресс. Значения этого показателя в пределах 3-10 центиля регистрируются в период сна ребёнка, значения от 10 до 25 центиля – при спокойном бодрствовании ребёнка. В состоянии активного бодрствования или при воздействии внешних факторов, не приводящих к развитию стресса, показатель регистрируется в пределах 50 центиля. Превышение значений этого показателя более 75 центиля является маркёром ухудшения состояния ребёнка.

При оценке графического тренда выявлено, что повышенная стресс-реакция в 1 группе отмечалась у 25 (41,7%) новорождённых, во 2 группе – у 22 (48,9%). Отсутствие вариабельности графика отмечалось у 5 (11,1%) детей из 1 группы и у 7 (11,7%) детей из 2 группы. Подобных изменений у новорождённых из 3 группы не было. Повышение показателя кумулятивного эффекта более 75 центиля в ответ на кратковремен-

ные внешние воздействия было отмечено у трети обследованных новорождённых каждой группы и было расценено как проявление адекватной адаптивной реакции. Повышение этого показателя в период покоя или сна отмечалось только в 1 (37,8%) и 2 (33,3%) группах, что свидетельствовало о негативном влиянии накопленного стресса в этих наблюдениях.

Заключение

Результаты исследования показателей электродермальной активности позволяют сделать вывод о большей интенсивности и продолжительности действия стресса с формированием его кумулятивного эффекта у новорождённых, родившихся путём кесарева сечения и самопроизвольных родов, по сравнению с детьми, родившимися после операции вакуум-экстракции.

ДИНАМИКА ВИТАМИНА D, КАТЕЛИЦИДИНА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ НА ФОНЕ ПРИЁМА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА

Верисокина Н.Е.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗРФ, ассистент кафедры факультетской педиатрии; ГБУЗ СК СККПЦ отделениереанимации и интенсивной терапии для новорождённых, г. Ставрополь

Цель

Анализ обеспеченности 25(OH)D, динамики провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α) и кателицидина на фоне приёма недоношенными детьми холекальциферола с рождения.

Материалы и методы

Проведено лабораторное обследование 57 недоношенных новорождённых: 33 (57,9%) ребёнка получали 1000 МЕ/сут холекальциферола (ХКФ) ежедневно (per os) в течение трёх недель, 24 (42,1%) ребёнка не получали ХКФ.

Результаты

Концентрация кальцидиола в сыворотке крови до приёма ХКФ составила 19,1 [11,9; 22,4] нг/мл, дефицит витамина выявлен у 16 (48,5%) новорождённых, после приёма – 34,1 [22,1; 47,2] нг/мл (p=0,019), дефицит витамина D наблюдался лишь в 3 (9,1%) случаях. В группе не принимавших ХКФ уровень 25(OH)D исходно – 17,5 [14,9; 22,4] нг/мл, дефицит выявлен у 17 (70,8%), через 3 недели – 20,0 [17,8; 41,9] нг/мл (p=0,145), дефицит сохранялся у 12 (50,0%) детей. Дети, не получавшие ХКФ, чаще имели дефицит витамина D, чем недоношенные, получавшие ХКФ (p=0,001).

На фоне приёма 1000 МЕ/сут ХКФ отсутствие прироста концентрации 25(OH)D в сыворотке крови отмечено лишь у 5 (17,9%) недоношенных. Прирост в диапазоне от 0 до 10 нг/мл отмечался у 6 (21,4%), от 11 до 20 нг/мл – у 10 (35,7%), от 21 до 30 нг/мл – у 8 (28,8%), от 31 до 40 нг/мл – у 4 (14,3%) детей. Никто из недоношенных детей, получавших ХКФ в дозе 1000 МЕ/сут, спустя три недели не имел показатель 25(OH) D более 100 нг/мл.

Дотация ХКФ в течение трёх недель привела к статистически значимому снижению провоспалительных цитокинов. До приема ХКФ концентрация ИЛ-1β составила 4,8 [2,3; 7,5] пг/мл, после – 3,1 [1,5;5,6] пг/мл (p=0,046); ИЛ-6 до – 12,8 [7,9; 25,0] пг/мл, после – 9,1 [5,8; 14,1] пг/мл (p=0,031), ФНО-α до – 9,0 [7,2; 10,0] пг/мл, после – 6,6 [5,6; 8,3] пг/мл (p=0,001). На фоне дотации ХКФ статистически значимо увеличилась концентрация LL-37 в сыворотке крови – с 0,08 [0,02; 0,17] нг/мл до 0,18 [0,11; 0,23] нг/мл (p=0,001).

В группе недоношенных детей, не принимавших препараты ХКФ, отмечается статистически значимое снижение только ИЛ-6 – на 1-е сутки концентрация в сыворотке крови составила 24,1 [10,1;67,1] пг/мл, спустя 3 недели – 11,4 [5,4;11,5] пг/мл (p=0,042). Показатели ИЛ-1β и ФНО-α не только не снизились, но и выросли с 6,0 [1,0; 9,0] пг/мл до 7,3 [5,8;8,5] пг/мл и с 6,2 [6,0;6,2] пг/мл до 7,1 [6,0; 10,3] пг/мл соответственно, а уровень LL-37, напротив, снизился с 0,09 [0,03; 0,2] нг/мл до 0,06 [0,04; 0,1] нг/мл.

Заключение

В группе недоношенных новорождённых, принимавших 1000 МЕ/сутки ХКФ, в 84,8% случаев отмечается прирост концентрации кальцидиола, что сопровождается статистически значимым снижением уровня провоспалительных цитокинов и повышением уровня кателицидина в сыворотке крови.

ПОСТНАТАЛЬНАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: ЧАСТОТА И ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Голова Н.К., Нароган М.В., Саханова Ю.В., Рюмина И.И., Крашенинникова Р.В.
НФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России»
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
г. Москва

Цель

Определить частоту и варианты клинического течения постнатальной цитомегаловирусной инфекции (пЦМВИ) у глубоконедоношенных детей.

Материалы и методы

Включены все дети с гестационным возрастом менее 32 недель, госпитализированные в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова с 01.06. по 01.11.22. Определение ЦМВ проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в грудном молоке матери, в моче и/или крови недоношенных детей.

Результаты

В отделение госпитализирован 31 глубоко недоношенный ребенок. Грудное молоко получали 26 (84%) детей, среди них было 4 двойни; гестационный возраст составил 30 [24-31] недель (Me [min-max]), масса тела при рождении 999,5 [730,0-1840] г.

Определение ЦМВ в грудном молоке проводилось у всех женщин (n=24), в случаях отрицательного результата – дважды. Положительный результат получен у 14 (64%): при первом тесте – у 11, при повторном – еще у 3. У 3-х из 8-и женщин с отсутствием ЦМВ в грудном молоке, провести повторный тест не удалось.

У всех детей первый ПЦР тест на ЦМВ, выполненный в возрасте до 21 дня жизни, был отрицательным. У 22 из 26 детей, которые кормились грудным молоком, проведено повторное исследование на ЦМВ после 21 дня жизни, оно выполнялось при ухудшении состояния ребенка и при выписке. У 4 детей исследование не проведено: в связи с отрицательным тестом на ЦМВ грудного молока (2); отрицательным тестом на ЦМВ грудного молока и выпиской до 21 дня (1); по технической причине (1).

У 6 из 26 детей (23%) была выявлена пЦМВИ: у 5 (19%) – бессимптомная форма; у 1 (4%) – клиническое течение заболевания было тяжелым, отмечались тромбоцитопения (до 34х10х9), гепатоспленомегалия, гепатит, холестаз, улучшение состояния

достигнуто на фоне 24-дневного курса валганцикловира. Из 6 детей – 5 кормились грудным молоком, в котором определялся ЦМВ, 1 ребенок получал молоко матери с дважды отрицательным ПЦР-тестом, однако, в данном случае молоко впервые было взято на 10 неделе лактации, когда содержание ЦМВ в нем могло значительно снизиться и не определяться.

Заключение

ЦМВ методом ПЦР обнаруживается в молоке 64% кормящих женщин, родивших детей на сроке до 32 недель, при этом однократный отрицательный результат может не отражать истинную частоту присутствия ЦМВ в грудном молоке. Среди глубоко недоношенных детей, получающих нативное грудное молоко, частота пЦМВИ составила 23%, из них симптоматическая форма – 4%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

Витебский государственный медицинский университет
г. Витебск

Цель

определение значения нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (НЛИ) и СРБ в сыворотке крови в качестве предиктора развития БЛД и прогнозирования развития осложнений

Материалы и методы

47 детей с РДС, врожденной пневмонией и ИСПП с преимущественным поражением легких (28–35 недель, массой тела при рождении 1190 –2180 грамм), 15 недоношенных новорожденных (33-36 недель гестации, масса тела при рождении 1920 - 2620 г). На 1,3-ьи сутки жизни мы определяли НЛИ и СРБ.

Результаты

Из 47 недоношенных новорожденных, первоначально включенных в исследование, у 18 развилось БЛД, а у 29 - нет. Число случаев БЛД легкой, средней и тяжелой

степени составило 8 (44,4%), 7 (38,9%) и 3 (16,7%), соответственно. Средний гестационный возраст составил 32,45 ± 1,37 недели, средняя масса тела при рождении – 1397,08 ± 324,13 г, мальчиков было 11 человек (61,1%). Младенцы, у которых развилось БЛД, имели значительно более низкий гестационный возраст и массу тела при рождении, чем новорожденные без БЛД в катамнезе те, у которых не было БЛД. Факторами риска развития БЛД явились оценка по шкале Апгар менее 5 баллов, ИСПП врожденная пневмония, многоплодная беременность, родоразрешения путем кесарева сечения, гестационный сахарный диабет или отсутствие антенатальной стероидной терапии. В группе с БЛД продолжительность искусственной вентиляции легких, включая вентиляцию под постоянным положительным давлением в дыхательных путях (CPAP) и терапию с синхронизированной перемежающейся принудительной вентиляцией (SIMV), была значительно больше, чем в группе без БЛД.

Мы сравнивали данные параметры между группой детей с БЛД и группой без БЛД. По сравнению с количеством нейтрофилов в группе без БЛД, количество нейтрофилов в группе с БЛД было значительно увеличено при рождении (8,72 ± 2,47 против 4,56 ± 1,27, P = 0,001) и через 72 часа (6,95 ± 3,47 против 4,67 ± 1,3, P = 0,001), 1 неделя (6,45 ± 2,6 против 3,45 ± 2,2, P = 0,018) и 2 недели (3,2 ± 1,76 против 3,37 ± 1,18, P = 0,046). По сравнению с НЛИ в группе без БЛД, НЛИ в группе БЛД был значительно увеличен при рождении (2,54 ± 1,28 против 2,12 ± 1,9, P = 0,039) и в возрасте 72 часов (2,17 ± 0,65 против 1,24 ±0,9, P = 0,001). СРБ был также повышен на 1 сутки у детей с развитием БЛД в последующем (7,24 ± 5,68 против 5,2 ± 3,8, P = 0,041) и через 72 часа (12,5 ± 4,8 против 6,8 ± 2,9, P = 0,023).

AUC для НЛИ через 72 часа, количества СРБ через 72 часа и количества N через 72 часа составляли 0,753, 0,761 и 0,571 соответственно. Наиболее точный дискриминирующий НЛИ для БЛД в возрасте 72 ч жизни составил 2,45 (чувствительность = 0,62, специфичность = 0,84). А для СРБ таким значением явилось 9,3 мг/л (чувствительность = 0,72, специфичность = 0,82).

Заключение

При совместном использовании СРБ и НЛИ точность способа повышается и характеризуется очень хорошей диагностической ценностью (AUC = 0.89 (25—75 IQR 0,83—0,98)). Точность заявляемого способа: 87,2%. Чувствительность заявляемого способа: 89,1%. Специфичность заявляемого способа: 85,6 %. Данный тест позволяет выявить развитие БЛД и своевременно провести профилактические мероприятия) и/или назначить адекватное лечение

ЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЁГКИХ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Колесникова С.А., Акопян М.С., Пустабаева М.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ставрополь

Цель

определить диагностическую значимость инструментальных методов исследования поражения лёгких у новорождённых детей с новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы

Проанализированы медицинские карты, рентгеновские снимки и плёнки компьютерной томографии (КТ) лёгких, заключения УЗИ лёгких у 30 доношенных новорождённых с положительным результатом теста на SARS-CoV-2 с различной степенью проявления инфекции, госпитализированных в детскую больницу из дома в период с сентября 2021 года по февраль 2022 года.

Результаты

По степени тяжести заболевания среди новорожденных изучаемой группы преобладали среднетяжёлые формы (70%), лёгкие и тяжёлые составили 13% и 17% соответственно. Охват новорождённых с COVID-19 методами визуализации поражения лёгких распределился следующим образом: рентгенография (РГ) органов грудной полости выполнена в 100% случаев (30 детям), КТ органов грудной полости проведена 86% новорождённым (26), УЗИ лёгких – 50% (15). В среднем дети поступали в отделение на 2-3-и сутки от начала заболевания (2 ± 0,3). Всего у 67% детей (20) выявлены рентгенологические признаки пневмонии по данным РГ органов грудной полости. По протоколу оказания помощи детям с COVID-19 КТ выполняется на 5-6-е дни от начала заболевания по показаниям. Эти данные коррелируют с нашим исследованием: КТ проведена в среднем на 6-й день заболевания (5,7 ± 0,4). По данным КТ пневмонию выявили у 88,5% детей, в среднем на 6 -7 сутки заболевания (6,5 ± 0,4). По степени тяжести КТ преобладали случаи с объемом поражения легких менее 25 % (КТ-1 - у 42% детей). КТ-3 зафиксировали у 27% новорожденных, КТ-2 – у 19 %. У 11,5% не выявили признаки пневмонии, а поражение лёгких больше 75% не встре-

чалось вовсе. Таким образом, в 67% случаев (20) на РГ выявили признаки пневмонии, подтвердившиеся на компьютерной томографии, у 33% новорождённых РГ при этом была истинно отрицательна. Однако, вызывает интерес появление ложноотрицательных результатов – у 20 % детей (6 новорождённых) специалисты не описали пневмонию, хотя, по данным КТ она зарегистрирована с поражением лёгких до 25%. Типичная интерстициальная пневмонии описана почти в 83% случаев по данным КТ легких. Осложнения по данным РГ и КТ при тяжёлом течении заболевания зарегистрированы у 13% детей (пневмоторакс и двусторонняя интерстициальная эмфизема). УЗИ лёгких проведено в среднем впервые на 7 сутки (7 ± 0,5) от момента заболевания, далее данный метод диагностики использован для оценки динамики патологического процесса в легких. Характер изменений: 1а (умеренные интерстициальные изменения) – соответствовали КТ1-2 (61% детей), 1 b (выраженные) – КТ-3 (27% детей), отсутствовали консолидации. Ложноотрицательные результаты составили 13% в связи с локализацией очагов в заднебазальных отделах лёгкого (не субплеврально).

Заключение

Низкая чувствительность РГ легких (78%), наличие ложноотрицательных (20% случаев) результатов, а также выявление лишь косвенных признаков поражения интерстиция, не позволяют рассматривать этот метод визуализации ключевым в диагностике объёма поражения лёгочной ткани при COVID-19 у новорожденных. КТ легких – «золотой стандарт» диагностики вирусной пневмонии в связи с высокой чувствительностью (100%). УЗИ легких при COVID19 у детей может быть применено только для динамического наблюдения течения коронавирусной пневмонии как безопасного и портативного исследования.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Левченко Л.А., Саркисян Е.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной педиатрии
г. Москва

Цель

Дифференциальная диагностика внутриутробных пневмоний (ВУП), респираторного дистресс-синдрома (РДС) и ВУП+РДС у недоношенных новорожденных но основе клинических даных

Материалы и методы

Под наблюдением были 300 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом от 22 до 36 недель, имеющих дыхательные расстройства и нуждающихся в респираторной поддержке. Из них I группу составили 90 детей с ВУП, II – 90 пациентов с РДС, III – 90 больных с ВУП+РДС. В контрольной группе было 30 условно-здоровых новорожденных ребенка с ГВ=34-36 недель.

Результаты

Шкала Apgar выступает первоначальным звеном в оценке тяжести состояния новорождённых и до настоящего времени остаётся актуально. Так, в I группе оценка по шкале Apgar на 1-й минуте была 4,88 ± 0,47 баллов, во II – 5,44 ± 0,43 и в III группе – самая низкая – 3,26 ± 0,37; в группе контроля составила 7,14 ± 0,15 баллов. Оценка по шкале Apgar на 5-й минуте изменялась следующим образом: в I группе она составила 5,82 ± 0,37 баллов, во II – 5,5 ± 0,52 и в III группе – 4,5 ± 0,46, в группе контроля – 8,12 ± 0,11 баллов.

На основании клинических данных, было выявлено, что у большинства недоношенных новорождённых с ВУП, РДС и ВУП+РДС дыхательные расстройства проявлялись с первых часов после рождения: 74,4%, 83,3% и 100% соответственно. Более высокие баллы (6 и >) по шкале Downes были у недоношенных новорождённых с ВУП+РДС – 92,2%; с РДС – у 70% и с ВУП – у 28.8% больных; все они нуждались в проведении ИВЛ. По показаниям вводили эндотрахеально сурфактант (Куросурф) в течении первых 3 часов жизни. Респираторные нарушения средней степени тяжести (оценка по шкале Downes 4 – 5 баллов) были преимущественно у недоношенных с ВУП – 64,5%; с РДС – в 30% и при ВУП+РДС в 7,7%; всем этим детям проводилась респираторная поддержка – СДППД. В аускультативной картине легких во всех группах доминировали крепитирующие хрипы на фоне ослабленного дыхания: у 81,1% с ВУП, у 86,7% с РДС и у 100% с ВУП+РДС. При санации трахео-бронхиального дерева с 1 – 3 суток жизни в группе недоношенных с ВУП чаще аспирировалась слизисто-гнойная мокрота (68,9%), а в группе с РДС и ВУП+РДС – слизистая (58,8% и 52,2%). Акроцианоз при дыхании воздухом в первые часы жизни был в группе детей с ВУП- у 62.2% и с РДС – у 13.3%. Гастроинтестинальные нарушения определялись в группах: с ВУП – у 56,7%, с РДС – у 37.8% и с ВУП+РДС – у 62.2% пациентов. Увелечение печени было в группе ВУП- у 48.9% больных, с РДС – у 30% и с ВУП+РДС – у 35.5% детей. Увеличение селезенки определялось у 18.9% новорожденных с ВУП и у 8.9% с ВУП+РДС. Гипертермия в первые сутки жизни выявлена у 17.8% недоношенных новорожденных с ВУП и у 12.2% с ВУП+РДС. В раннем неонатальном периоде жизни у 45 (16,7%) недоношенных новорождённых с РД рентгенологически диагностировали отёк лёгких (интерстициальный или альвеолярный): у 9 детей (10%) с ВУП, у 14 обследованных (15,6%) с РДС и у 22 пациентов с ВУП+РДС. Клинический анализ крови достоверно не отличался в группах.

Заключение

на основе проведенного клинического анализа не были выявлены четкие дифференциально-диагностические критерии между ВУП, РДС и ВУП+РДС. Однако можно выделить наиболее часто встречающиеся характерные для ВУП клинические признаки: оценка по шкале Downes 4-5 балллов (64,5%), акроцианоз при дыхании воздухом в первые часы жизни (62,2%), слизисто-гнойная мокрота (68,9%), ГИН (56,7%), увеличение печени (48,9%) и/или селезёнки (18,9%), гипертермия (17,8%). При этом, самая низкая оценка по шкале Apgar на 1-й и 5-й минутах жизни была в III группе недоношенных новорожденных ВУП+РДС

ПОКАЗАТЕЛИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У МАТЕРЕЙ И ИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Левченко Л.А., Черкасова С.В.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной педиатрии г. Москва

Цель

Провести анализ обследований будущих матерей из группы риска и в последующем их недоношенных новорожденных, имеющих дыхательные расстройства, на специфические инфекции.

Материалы и методы

Всего было обследовано на специфическую инфекцию 212 новорождённых с РД. Из них: в I группе с внутриутробной пневмонией (ВУП) было 33,0% детей, во II группе с респираторным дистремм-синдромом (РДС)– 30,7% и в III группе (ВУП+РДС) – 36,3% пациентов. При обследовании беременных: в I группе – 41 женщина (36,3%), во II – 34 (30,1%) и в III – 38 (33,6 %) матерей.

Результаты

Результат анализа крови на специфическую инфекию беременных из группы риска, был следующим: обнаружен Ig G к краснухе (Rubella) у 107 обследованных (94,7%), из них: в I группе – у 38 женщин (92,7%), во II – у 32 (94,1%) и в III – у 37 беременных (97,4%). К герпесу (Herpes-simplex) Ig G был положительным у 89 женщин (78,8%), из них: в I группе – у 32 человек (78,0%), во II – у 27 (79,4%) и в III – у 30 рожениц (78,9%).

К хламидиям (Chlamidii) Ig G был положительным у 57 обследованных (50,4%), из них: в I группе – у 22 (53,7%), во II – у 16 (47,0%) и в III – у 19 (50,0%) женщин. К цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) Ig G был положительным у 35 обследованных (31,0%), из них: в I группе – у 13 (31,7%), во II – у 12 (35,3%) и в III – у 10 (26,3%) беременных. К токсоплазмозу (Toxoplasma) Ig G был положительным у 29 (25,7%) будущих матерей, из них: в I группе – у 11 (26,8%), во II – у 10 (29,4%) и в III – у 7 (18,4%) обследованных.

В контрольной группе Ig G был положительным к краснухе у 25 обследованных (89,3%), к герпесу у 8 (28,6%), к хламидиям у 6 (21,4%), к цитомегаловирусу у 4 (14,3%) и к токсоплазмозу у 3 (10,7%) беременных.

Исследовали Ig A в крови к хламидиям и ответ был положительным только в 5 случаях (4,4%) среди всех обследованных, а именно в I группе – у 3 (7,3%) и в III – у 2 (5,3%) женщин.

ПЦР на уреаплазму (Ureaplasma) соскоба слизистой влагалища был положительным у 13 (11,5%) беременных: в I группе у 7 (17,0%) женщин, во II – у 2 (5,9%) и в III – у 4 (10,5%) пациенток.

ПЦР на микоплазму (Mycoplasma) соскоба слизистой влагалища был положительным у 16 (14,2%) обследованных: в I группе – у 9 (22,0%), во II – у 2 (5,9%) и в III – у 5 (13,2%) беременных.

Результаты обследований недоношенных с дыхательными нарушениями: положительным в крови Ig G к краснухе был у 71 новорождённого (33,5%), из них: в I группе (ВУП) у 37,1%, во II (РДС) – у 32,3% и в III (ВУП+РДС) у – 31,2% обследуемых. К герпесу Ig G был положительным у 54 детей (25,5%), из них: в I группе у 32,9%, во II – у 18,5% и в III у 24,7%. К цитомегаловирусу Ig G был положительным у 37 недоношенных (17,5%): в I группе у 24,3%, во II – у 12,3% и в III – у 15,6%. К хламидиям Ig G был положительным у 20 детей (9,4%), а именно: в I группе у 14,3%, во II – у 4,6% и в III – у 9,0%. К токсоплазмозу Ig G был положительным у 18 новорождённых (8,5 %): в I группе у 12,9%, во II – у 4,6% и в III – у 7,8%. В контрольной группе Ig G был положительным к краснухе у 7 (23,3%) и к герпесу у 2 (6,7%).

Заключение

выявленный титр Ig G в крови у недоношенных новорождённых был меньше в 0,5–1,2 раза или больше в 0,4–1,7 раза по сравнению с материнским. Установленный качественный и количественный состав флоры родовых путей матерей свидетельствовал о хронической персистирующей урогенитальной инфекции в организме будущих матерей, что способствовало обсеменению не только околоплодных вод, плаценты, но и антенатальному, интранатальному и трансплацентарному путям заражения плода, а в последующем и реализации внутриутробной инфекции у новорожденного.

КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВОГО ДЕФИЦИТА КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ УНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В.Е.
Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск

Цель

Изучить значение белковой коррекции в плане лечения анемии у недоношенных новорожденных

Материалы и методы

Объектом исследования явились 102 недоношенных новорожденных, обследованных согласно протоколам МЗ РБ. Анализировались динамика антропометрических показателей, состояние при рождении, динамика анемии. Статистический анализ результатов исследования был произведен и использованием аналитического пакета Statistica 10.0 ($p<0,05$).

Результаты

В ходе исследования под нашим наблюдением находилось 102 недоношенных новорожденных со сроком гестации 26 – 30 недель (28,92±0,26). Анализ антенатального развития детей обследованной группы показал, что у всех из них имело место осложненное течение внутриутробного периода. Пациенты исследуемой группы при рождении имели вес 810 – 1870 г (1212,52±60,00), рост 30 – 43 см (38,12±0,67), окружность головы 24 – 31 см (27,27±0,36), окружность груди 20 – 28 см (24,46±0,40), оценку по шкале Апгар на первой минуте жизни от 1 до 7 баллов. Всем 100% детям с рождения проводилась ИВЛ, длительность которой варьировала от 12 часов до 23 суток. Анемия встречается у 100% недоношенных детей, имеет тенденцию к тяжелому течению, в связи с чем возникает необходимость в ее коррекции. Имеется прямая корреляционная зависимость ее от гестационного срока. Степень тяжести анемии влияет на задержку роста недоношенного новорожденного краткосрочно в течении всего неонатального периода. При назначении ранней (после 7-х суток жизни) плановой профилактикой анемии у недоношенных детей, а при развитии тяжелой анемии – проведении гемотрансфузий и восстановлении уровня гемоглобина более 130г/л скорость роста увеличивалась до 18, 6 (20,1±1,6) г/сутки. Пациенты исследуемой группы были разделены на соответствующих сроку гестации по массе и росту к моменту рождения (подгруппа 1) и несоответствующих (подгруппа 2). При это

подавляющее большинство детей (82%) соответствовали гестационному возрасту. В дальнейшем мы выяснили, что дети из первой подгруппы в неонатальном периоде имели плоскую или положительную весовую кривую, в то время как дети из второй подгруппы – чаще отрицательную. Так же была выявлена закономерная связь раннего назначения парентерального питания, быстрого набора веса и коррекции анемии у недоношенных.

Заключение

Все глубоко недоношенных дети имеют белковый дефицит, подтверждающийся биохимическими маркерами (общий белок, альбумин, мочевина), который влияет на сроки развития анемии. Недоношенные новорожденные должны получать парентеральное питание. Дотация белка: в 1-е сутки от 2,5 до 3 г/кг/сутки, темп роста скорости 0,5 – 1 г/кг/сутки, максимальная доза 4 г/кг/сутки не ранее 5-х суток. Такая коррекция белкового дефицита при ранней профилактике анемии приводит к стабилизации уровня гемоглобина в более ранние сроки (до 25-27 дня жизни), чем без ее проведения.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВНЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Потапова В.Е.

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск

Цель

Изучить особенности обмена железа у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели нами было обследовано 74 ребенка, рожденных в сроке гестации 30 – 36 недель. Обследования проводились согласно клиническим протоколам МЗ РБ. Статистическая обработка проводилась с применением STATISTICA 10,0 ($p<0,05$).

Результаты

Из 74 обследованных пациентов было сформировано две исследуемые группы по наличию активного инфекционного процесса в организме ребенка: 1-я группа – 32 недоношенных ребенка с инфекционной патологией и 2-я группа – 42 недоношенный ребенка без инфекционной патологии. Все недоношенные дети были с гестационным возрастом 30 – 36 недель, массой тела при рождении 890 – 2280 грамм. Основная и контрольная группы были сопоставимы по гестационному возрасту, полу и массе тела при рождении. Обследование детей проводилось на 10 – 21 дни жизни. Уровень железа у детей первой группы был достоверно ниже, чем во второй – 15,76 [0,56; 38,23]* против 22,95 [4,71; 47,65], про стабильном показателе церулоплазмина в обеих группах.

Трансферрин в 1-й группе был достоверно ниже 143,7 [96,12; 240,15]*, чем во второй, при отсутствии достоверных различий в уровне растворимого рецептора к трансферрину 0,16 [0,017; 0,83] и 0,17 [0,016; 2,16] соответственно.

Уровень ферритина в первой группе был достоверно выше в первой группе 253,08 [65,35; 493,38]* в сравнении со второй 167,0 [21,88; 418,23] (* P 1-2 < 0,05).

В результате рангового корреляционного анализа по методу Спирмена была выявлена взаимосвязь между сроком гестации и показателями сывороточного железа ($r=+0,44$ $p<0,001$),и ферритина($r=+0,65$ $p<0,001$). Слабая взаимосвязь была между сроком гестации и растворимым рецептором трансферрина ($r=+0,31$, $p<0,01$).

Заключение

• Выявлена зависимость свободного и депонированного железа от срока гестации и наличия инфекционного процесса.

• Установлена зависимость транспортируемого железа от инфекционного процесса в организме недоношенного новорожденного, указывающая на повышение потребности в этом микроэлементе у инфицированных детей.

• Полученные данные показывают необходимость коррекции железодефицита у недоношенных детей в неонатальном периоде.

СЕЗОННЫЕ КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У КРУПНОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Прилуцкая В.А., Король-Захаревская Е.Л., Лыбзикова Н.Д.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск

Цель

Оценить уровень 25(OH)D у крупновесных к сроку гестации новорожденных детей с учетом сезона года и статуса витамина D и сахарного диабета (СД) у матерей.

Материалы и методы

На базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя» обследовано 90 доношенных детей. Группа 1 (Гр1) 48 крупновесных к сроку гестации детей от матерей с СД 1 типа. Для оценки физического развития использовали программу Intergrowth-21st. Анализ обеспеченности витамином D основывался на определении его уровня (25(OH)D) в пуповинной крови и сыворотке матери методом ИФА.

Результаты

МТ в Гр1 была 4240 (3985–4665) г, z-score МТ – 2,74 (2,15–3,32), ДТ – 55 (54–56) см, в группе К – 3400 (3240–3670) г, 0,89 (0,24–1,48) и 53,0 (51–54) см соответственно. Гестационный возраст 37,5 (37,2–38,0) нед в Гр1 и 39,5 (39,0–40,0) в Гр2, U=108,5, p<0,001. В зимний период родилось 24 ребенка, весной – 29 (15,6%), осенью – 37. Стаж СД1 составил 12,5 (7,0–16,5) лет. Большинство пациентов при рождении имели низкую концентрацию витамина D. Медиана значений 25(OH)D в крови всей выборки составила 16,8 нг/мл, что соответствует дефициту витамина D. Содержание витамина D в пуповинной крови крупновесных детей, рожденных матерями с СД, было статистически значимо ниже показателя Гр2 (12,9 (9,1–19,5) против 20,7 (16,6–26,8) нг/мл, U=514,0, p<0,001). Содержание 25(OH)D в сыворотке крови матерей детей составило 13,3 (10,0–18,0) нг/мл в Гр1 и 17,7 (14,2–23,4) нг/мл в Гр2, U=683,5, p=0,009. Обеспеченность витамином D имела сезонные колебания. У 15,4% младенцев Гр1 осенью уровни 25(OH)D находились в пределах нормы, у 7,7% – выявлялась недостаточность, у 76,9% – дефицит. Зимой отмечалась наибольшая распространенность дефицита – 94,1% (47,1% дефицит, 47,1% тяжелый дефицит), оптимальный уровень – только у 5,9% детей, недостаточность не выявлена. Весной у 27,8% пациентов Гр1 отмечались оптимальные показатели 25(OH)D, у 11,1% – недостаточность, у 61,1% – дефицит. Новорожденные женщин, у которых беременность наступила в осенне-зимнее время года, имели более низкий уровень 25(OH)D, чем младенцы матерей с дебютом гестации весной и летом (p>0,05). Выявлены корреляции показателей витамина D у крупновесных новорожденных

детей и их матерей с СД 1типа (r=0,669, p<0,001). Содержание 25(OH)D в сыворотке крови женщин Гр2 коррелировало с уровнем 25(OH)D в пуповинной крови их нормовесных к сроку гестации новорожденных (r=0,619, p<0,001). Установлена корреляционная связь между уровнями витамина D детей Гр1 и перцентилями МТ (r=-0,31, p<0,01), z-score МТ (r=-0,30, p<0,01).

Заключение

Большинство обследованных детей групп наблюдения имело низкую концентрацию витамина D. Содержание витамина D в пуповинной крови крупновесных детей, рожденных женщинами с СД 1 типа, было статистически значимо ниже показателя группы сравнения. Колебания уровней витамина D у макросомов от матерей с СД носили сезонный характер. Не выявлено статистически значимых различий обеспеченности 25(OH)D у новорожденных в зависимости от сезона наступления беременности. Установлено наличие значимых взаимосвязей уровней 25(OH)D в диадах «мать-дитя».

НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ – ПОКАЗАТЕЛИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

Прищепенко О.А., Малашкова В.А., Потапова В.Е.
ВГМУ
г. Витебск

Цель

Изучение уровней нейроспецифических белков сыворотки крови у новорожденных детей с изоиммунизацией по системам АВО и резус.

Материалы и методы

Обследовано 34 пациента с изоиммунизацией (6 - 14 дней жизни), 13 - с неонатальной желтухой (6 - 12 д.ж.), 14 -с энцефалопатией (5 - 10 д.ж.) и 17 здоровых новорожденных контрольной группы (4 - 7 д.ж.). Исследование уровней белка S100B, нейронспецифической енолазы (NSE), нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) выполнялось методом ИФА.

Результаты

Было установлено, что у пациентов с изоиммунизацией и гипоксически-ишемической энцефалопатией уровень NSE статистически значимо выше, чем в группе практически здоровых новорожденных (p<0,05). У пациентов с изоиммунизацией концентрации нейронспецифической енолазы выше, чем в группе неонатальной желтухи (p<0,05). В то же время не выявлено статистически значимых различий концентраций NSE в сыворотке крови у пациентов с изоиммунизацией и гипоксически-ишемической энцефалопатией (p>0,05), у пациентов с энцефалопатией и неонатальной желтухой (p>0,05), а также пациентов с неонатальной желтухой и контрольной группой (p>0,05, таблица 1).

Таблица 1. – Концентрации нейроспецифических белков в исследуемых группах

Группа	**NSE, пг/мл, Me; LQ – UQ**	**S100B, пг/мл, Me; LQ – UQ**	**BDNF, пг/мл, Me; LQ – UQ**
1. Изоиммунизация (N=34)	2,37; 2,04 - 2,65	0,0; 0,0 - 32,72	7121,41; 6661,73-7537,14
2. Неонатальная желтуха (n=13)	2,01; 1,83 - 2,06	0,0; 0,0 – 0,0	7743,21; 7540,34- 8009,5
3. Энцефалопатия (n=14)	2,18; 2,11 - 2,55	0,0; 0,0 – 0,0	7034,98; 1434,53 - 8106,83
4. Контрольная (n=17)	1,86; 1,71 - 2,01	0,0; 0,0 – 0,0	7901,970; 7375,61 - 8298,80
Статистическая значимость	p1-2<0,05 p1-3>0,05 p1-4<0,05 p2-3>0,05 p2-4>0,05 p3-4<0,05	p1-2<0,05 p1-3<0,05 p1-4<0,05 p2-3>0,05 p2-4>0,05 p3-4>0,05	p1-2<0,05 p1-3>0,05 p1-4<0,05 p2-3<0,05 p2-4>0,05 p3-4<0,05

Белок S100B у пациентов с неонатальной желтухой, гипоксически-ишемической энцефалопатией и практически здоровых новорожденных в сыворотке крови не определяется (ниже уровня чувствительности метода – 18,75 пг/мл). В то же время, у пациентов с изоиммунизацией концентрация белка S100B составила 0; 0 – 32,72 пг/мл, что статистически значимо достоверно, чем у пациентов вышеперечисленных групп (p<0,05, таблица1).

Также было установлено, что у пациентов с изоиммунизацией и гипоксически-ишемической энцефалопатией уровни BDNF статистически значимо ниже, чем у пациентов с неонатальной желтухой и в контрольной группе ($p<0,05$). В то же время, статистически значимых различий концентраций BDNF в сыворотке крови у пациентов с неонатальной желтухой и контрольной группой не выявлено ($p>0,05$). Уровень BDNF у пациентов с неонатальной желтухой сопоставим с контрольной группой (таблица 1).

Заключение

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что у пациентов с изоиммунизацией по системам АВО и резус имеются повреждения головного мозга, а уровни нейронспецифической енолазы, нейротрофического фактора головного мозга и белка S100B могут использоваться для их диагностики.

ОПУХОЛИ СЕРДЦА ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Рябухина Н.Д., Вихорева В.А.
РУДН
г. Москва

Цель

Целью тезиса является описание опухолей сердца у плода и новорожденных, их встречаемость, методы диагностики.

Материалы и методы

Материалы и методы: для написания тезиса использовался метод обзора научной литературы российских и зарубежных авторов.

Результаты

Результаты и выводы: в течение периода, охваченного исследованием Университета медицинских наук Ирана (2007–2015 гг.), в общей сложности 62975 детей были направлены в специализированный кардиологический центр для оценки состояния сердца. Рабдомиома была наиболее распространенной опухолью в данном исследовании. Обычно появляется до первого года жизни, уменьшается в размерах и спонтанно регрессирует со временем. Впоследствии эхокардиографические наблюдения показали отсутствие рецидива опухоли и восстановление нормальной сердечной деятельности. Рабдомиома также тесно связана с комплексом туберозного склероза. Фиброма была второй наиболее частой опухолью. Фибромы обычно представляют собой одиночные опухоли, хотя в редких случаях их бывает несколько. Не исчезают

самопроизвольно, а по мере соматического роста ребенка их размеры уменьшаются по сравнению с размерами сердца. Значительные аритмии чаще встречались при фибромах, чем при других опухолях. Миксомы были третьими по частоте доброкачественными опухолями. Могут вызывать эмболические события либо из-за остатков опухоли, либо из-за образования на опухоли тромбов, которые могут легко отделяться. Саркомы составляют наиболее частую первичную злокачественную опухоль сердца как у детей, так и у взрослых. Тератомы считаются первичными и доброкачественными опухолями сердца, но могут подвергаться злокачественному перерождению. Нейробластомы составляют третье по распространению злокачественное новообразование у детей и могут метастазировать через кровоток и лимфатическую систему. Клинические проявления опухолей сердца определяются такими факторами, как размер и локализация опухоли, степень нарушения гемодинамики, нарушения сердечного ритма. В настоящее время наиболее информативными неинвазивными методами диагностики опухолей сердца являются ЭхоКГ (уже с 16-20 недели внутриутробного развития новообразования сердца могут быть обнаружены с помощью ЭхоКГ), РКТ и МРТ. К инвазивным методам относится биопсия. Результаты также показали, что методы визуализации не смогли установить гистопатологический диагноз сердечной массы. Тем не менее, они предоставили ценную анатомическую и функциональную информацию, которой было достаточно для постановки правильного диагноза.

Заключение

Опухоли сердца – это доброкачественные или злокачественные новообразования сердца, поражающие все его слои и околосердечную сумку. По своему происхождению все опухоли делятся на первичные и вторичные. Подавляющее большинство первичных опухолей сердца у детей доброкачественные, в то время как приблизительно 10% являются злокачественными.

Актуальность тезиса заключается в трудности диагностики опухолей сердца, особенно у детей раннего возраста, что связано с неспецифичностью клинических проявлений.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЯ ТРЕХПРЕДСЕРДНОГО СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОГО.

Свищева М.Е.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»
г. Барнаул

Цель

Выявление эходопплеркардиографических характеристик редкого клинического случая трехпредсердного сердца новорожденного, причин его формирования и методов лечения.

Материалы и методы

Проведение эхокардиографии с допплерометрией и цветным допплеровским картированием сердца, магистральных сосудов новорожденного ребенка в неонатальном отделение перинатального центра третьего уровня на стационарном сканере секторным датчиком 12МГц в раннем неонатальном периоде.

Результаты

Трехпредсердное сердце (ТПС) характеризуется наличием в полости левого предсердия фиброзно-мышечной диафрагмы, разделяющей его на две части.

Причиной формирования ТПС служат эмбриологические нарушения развития первичной межпредсердной перегородки так называемая, «теория захвата общей легочной вены рогом правого предсердия», что препятствует ее нормальному внедрению в левое предсердие.

В 2022 г. в перинатальном центре Алтайского края был выявлен первый за 5 лет работы перинатального центра клинический случай ТПС (исследованию подлежало 25 815 новорожденных). Доношенный мальчик (38,6 нед. гестации) родился от первородящей женщины (24 года), масса при рождении – 3210 г., рост – 51 см. Наследственность не отягощена.

Данные эхокардиограммы: Лоцируется линейная гиперэхогенная структура (мембрана), проходящая через полость левого предсердия на уровне средней трети и разделяющая предсердие на две камеры – верхнюю и нижнюю. Диаметр отверстия в мембране – 6,0 мм, пиковый градиент давления на уровне отверстия в мембране – 5,5 мм рт.ст. Линейные размеры (верхней камеры) – 11,4*9,0 мм. Все легочные вены впадают в полость верхней камеры. Собственно полость левого предсердия (нижней камеры) – 12,8*12,5 мм. Мембрана проявляет фазное движение, перемещаясь снизу к митральному клапану в диастолу и сверху к верхней границе левого предсердия

во время систолы. Межпредсердное сообщение диаметром – 3,0 мм, с минимальным лево-правым сбросом. Полости сердца не расширены. Систолическая функция миокарда левого желудочка не нарушена.

Состояние ребенка удовлетворительное, питание получает путем естественного вскармливания от матери, ЧСС – 142 уд/мин, АД мм рт.ст. правая рука 84/41(54), левая рука 74/33(53), правая нога 69/39(47), левая нога 74/44(54), одышки, нарушение ритма, цианоза и периферических отеков нет.

Заключение

Единственный метод лечения – резекция мембраны. Сроки хирургического вмешательства подбираются с учетом тяжести стеноза. Прогноз ТПС связан с размером отверстия в обструктивной мембране (благоприятно – свыше 5-7 мм.). Пациент выписан на 5 сутки в удовлетворительном состоянии, через месяц рекомендована консультация кардиолога с проведением ЭхоКГ. Прогноз на первый год жизни благоприятный. Оценка течения патологии и отдаленных послеоперационных результатов невозможна в силу малоизученности порока.

ПОСМЕРТНАЯ МРТ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОГО МОЗГА УМЕРШИХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ

Туманова У.Н., Савва О.В., Быченко В.Г., Щеголев А.И.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

При помощи посмертной магнитно-резонансной томографии (МРТ) изучить изменения головного мозга умерших новорожденных в зависимости от давности наступления смерти.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ посмертных МР томограмм головного мозга 66 новорождённых и младенцев, умерших в возрасте от 2 часов до 28 суток.

Длительность посмертного периода варьировала от 3 часов 23 минут до 72 часов 28 минут.

Результаты

Посмертный период определяли с момента констатации смерти на основании записей в истории болезни до проведения посмертного МРТ исследования. В зависимости от давности наступления смерти все наблюдения были разделены на восемь групп: в 1-ой группе давность смерти составила до 6 часов, во 2-ой – от 6 ч до 12 ч, в 3-ей – 12-18 ч, в 4-ой – 18-24 ч, в 5-ой – 24-36 ч, в 6-ой – 36-48 ч, в 7-ой – 48-60 ч и в 8-ой – 60-72 ч. Посмертное МРТ исследование проводили до аутопсии в стандартных Т1 и Т2 режимах регистрации импульсных последовательностей в положении тела лежа на спине. При визуальном анализе МР томограмм установлено снижение четкости и контрастности структур головного мозга умерших новорожденных по мере увеличения длительности посмертного периода. Отмечено уменьшение частоты визуализации выраженных борозд и извилин головного мозга при увеличении давности посмертного периода, а через 24 часа после наступления смерти во всех наблюдениях зафиксировано снижение выраженности борозд и извилин в виде их сглаживания вплоть до полного отсутствия. Зарегистрировано снижение контрастности между белым и серым веществом головного мозга до полного исчезновения градиента интенсивности сигнала через 24 часа после наступления смерти. При анализе размеров и индекса боковых желудочков головного мозга установлено отсутствие значимых их различий в динамике посмертного периода. Характерной особенностью посмертных изменений ткани головного мозга в отличие от внутренних органов следует считать отсутствие картины трупных гипостазов в ниже расположенных областях мозга относительно положения хранения тела после смерти. Головной мозг новорожденных характеризуется высоким содержанием воды, вследствие чего полноценное его морфологическое изучение возможно лишь после достаточно продолжительной фиксации в формалине. Эффективным методом визуализации поражений головного мозга умерших новорожденных является посмертная МРТ, при проведении которой необходимо дифференцировать прижизненно развившиеся патологические процессы от неспецифических посмертных изменений.

Заключение

Посмертная МРТ является высокоэффективным и неинзавизным методом оценки головного мозга умерших новорожденных и младенцев. Выявленные на посмертных МР томограммах изменения головного мозга в виде уменьшения выраженности (сглаживания) борозд и извилин, снижения контрастности между белым и серым веществом и четкости визуализации внутренних структур отражают развитие неспеци-

фических посмертных изменений тел новорожденных и младенцев, выраженность которых возрастает по мере увеличения длительности посмертного периода.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Хаджилаева Ф.Д.
ГКБ 4
г. Ставрополь

Цель

Улучшить исходы беременности при ранних и сверхранних родах.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ сверхранних преждевременных родов РГБЛПУ «Республиканский перинатальный центр» г. Черкесска, беременность которых осложнилась дородовым излитием околоплодных вод в сроки гестации 22-26 недель.

Результаты

За 12 месяцев 2016г. произошло 13 ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель беременности, против 9 - за 2017 год и 20 - за 2018 год. Показатели в 2016 и 2017 годах схожи, это говорит о том, что частота ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель не снизилась и не увеличилась, к 2018 году наблюдается небольшая тенденция к увеличению доли сверхранних ПР с ПИОВ. ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22-26 недель беременности чаще произошли в возрасте от 27-32 лет 7 (54%) в 2016 году против 4 (44%) в 2017 году и 11(55%) в 2018 году – у молодых женщин фертильного возраста. Социальное положение беременных – преимущественно домохозяйками. Большинство из них – неработающие 47,3%, служащие (медицинские работники, учителя, воспитатели дошкольного возраста) – 41,4%. Большинство из женщин повторнородящие, с отягощенным акушерским анамнезом (с рубцом на матке после предыдущего родоразрешения, неразвивающей беременностью, медицинские аборты, преждевременные роды). Количество медицинских абортов – 23.9%, с рубцом на матке после предыдущих операции кесарева сечения – 21.3%, неразвивающаяся беременность – 12.5%, самопроизвольный аборт – 10,2%, бесплодие 1 и 2 степеней – 7,7%. Преждевременные роды в анамнезе имели 10.1%. Ранний охват беременных с ПИОВ в сроке сверхранних преждевре-

менных родов 22-26 недель беременности составил 76.7% в 2018 году против 65.3% в 2017 году и 29.6% в 2016 году, что говорит о хорошем показателе работы женской консультации. Посещение женской консультации было регулярным, среднее количество посещений не оценивалось ввиду разности срока гестации.

Заключение

Риск сверхранних преждевременных родов определяется в соответствии со стратегией риска в акушерстве и перинатологии. Проведенный нами анализ определил ведущие медико-биологические факторы риска ПР: соматическая патология: хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы, хроническая артериальная гипертензия; хронические воспалительные заболевания гениталий; отягощенный акушерский анамнез.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА

Хаджилаева Ф.Д.
ГКБ 4
г. Ставрополь

Цель

Разработать мероприятия по устранению ВПР пли планировании беременности.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у женщин с врожденными пороками развития у плода по историям родов перинатального центра г. Черкесска за 2019г.

Результаты

Социологический портрет беременных с врожденными пороками развития плода представляют женщины преимущественно в возрасте менее 19 лет (33.32%), первобеременные (71.43%), первородящие (80.95%). Период гестации у женщин с врожденными пороками развития у плода преимущественно осложнился анемией (47.62%), преждевременным излитием околоплодных вод (42.86%), ранним токсикозом (28.57%), фетоплацентарной недостаточностью (19.05%), угрозой прерывания беременности в третьем триместре (9.52%). Наиболее частой причиной рождения детей с врожден-

ными пороками среди акушерской патологии является: преждевременное излитие околоплодных вод (42.86%), нарушение менструальной функции (23.81%), узкий таз (23.81%), ЗРП в анамнезе, амниоцентез, операции на придатках и воспаление матки и придатков по 14.29% соответственно. Среди врожденных пороков развития у патологических плодов преимущественно зарегистрированы: врожденные пороки костно-мышечной системы (19.04%); врожденные пороки сердца, хромосомной патологии и центральной нервной системы по 14.29% соответственно. Патологические плоды с ВПР чаще подвержены внутриутробной гипоксии (42.86%), синдрому задержки развития плода (38.10%), антенатальной гибели (19.04%), нежели плоды с физиолгическим течением беременности: ВУГП – 9.52%, СЗРП и антенатальная гибель – в исследуемой группе отмечены не были.

Заключение

Необходимо проводить преконцепционную профилактику (до зачатия) для снижения риска рождения больных детей, направленных на обеспечение оптимальных условий для созревания зародышевых клеток, их оплодотворения, образования и имплантации зиготы, и раннего развития плода. Выделять среди женщин группы риска по перинатальной врожденной патологии плода, проводить им целенаправленное поэтапное обследование, анализировать причины и меры профилактики по устранению факторов, приводящих к ВПР.

РЕДКИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ

Черданцева С.Ю.[1], Черданцева Ю.Е.[2], Свищева М.Е.[1]

1 КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», г. Барнаул
2 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имениИ.М. Сеченова» г. Москва

Цель

Оценка возможности эхографии, как первичного метода диагностики редких пороков развития головного мозга (ГМ), относящихся к нарушению нейроэмбрионального развития.

Материалы и методы

Исследования проводились в 3 неонатальных отделениях перинатального центра третьего уровня на портативных ультразвуковых сканерах высокого класса линейным, микроконвексным, секторным датчиками. Проанализированы результаты проведенных УЗИ у детей от рождения до 1 месяца и в возрасте 4мес за 21-22гг.

Результаты

Проанализированы морфологические особенности БЖМ за 1г 9мес у 10939 новорожденных, в анализ не включались изменения, вызванные гипоксически – ишемическими, геморрагическими поражениям ГМ. Внимание акцентировалось на характеристики желудочков, нетипичных для выше указанных состояний.

Задокументированы следующие особенности развития БЖМ у 6 пациентов, сопоставленные с литературными данными по патоморфологии мозга, НСГ и МРТ:

1) изменения контура желудочка за счет бугристого «узлового» характера эпендимы с одной или двух сторон

- один вариант субэпендимальных узлов (СУ), единичных или множественных, расположенных на уровне или выше отв. Монро, с длинной осью, перпендикулярной стенке желудочка с возможной неровностью (бугристостью) контура

-другой вариант узлов, расположенных ниже отв. Монро, чаще асимметричных в области височных, затылочных рогов, гладкой структуры, овальной формы, с длинной осью параллельной стенке желудочка

-сочетание СУ с кортикальными, субкортикальными туберами

- деформация контура желудочка (ов) за счет сдавления или изъеденности контура, по типу «минус ткани»

2) изменение взаиморасположения БЖМ относительно друг друга, МПЩ, сочетающееся с нарушением формирования септальной области

3) изменение ориентации одного из желудочков в паренхиме мозга

Некоторые выявленные морфологические изменения ЦНС сочетались с изменениями сердца (множественные рабдомиомы с интрамуральным ростом, нарушения ритма), глаз (гамартомы сетчатки, гипоплазии дисков зрительных нервов), очагами эпиактивности на ЭЭГ. По мере миелинизации вещества ГМ, визуализация туберов затрудняется, что определяет необходимость выполнения первого исследования до 1 месяца жизни ребенка.

Большинство детей не имели клинических проявлений в раннем неонатальном периоде, связанных с выявленными изменениями. В одном случае прослеживался семейный анамнез заболевания. Диагностированы следующие заболевания: туберозный склероз, гетеротопия серого вещества, вариант септо-оптической дисплазии с частичной агенезией полости прозрачной перегородки.

У одного пациента с нарушением ориентации БЖМ в правой гемисфере и предполагаемой гипоплазией височной доли, мы не смогли уточнить диагноз из-за невоз-

можности проведения МРТ по техническим причинам. Наблюдение пациентов продолжается.

Заключение

Для определения характера выявленных изменений, проведения дифференциальной диагностики пороков развития с инфекционными, гипоксическо – геморрагическими поражениями ГМ, необходим междисциплинарный подход с привлечением специалистов лучевой диагностики, кардиологов, врачей функциональной диагностики, нейрофизиологов, офтальмологов, генетиков, и выполнением МРТ, ЭхоКГ, ЭЭГ, офтальмоскопии глазного дна, УЗИ орбит, молекулярно-генетического исследования с анализом генов.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕПТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Черданцева С.Ю.[1], Черданцева Ю.Е.[2], Канайлова О.П.[3], Горбачева Н.В.[4]

1 КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», г. Барнаул
2 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» МЗ РФ
3 ГБУЗ Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
4 ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ г .Барнаул

Цель

Демонстрация значения оценки септальной области (СО) при проведении пре- и постнатального эхографического исследования, корреляции с другими аномалиями головного мозга.

Материалы и методы

Эхографическое исследование с допплерометрией сосудов ГМ проводится всем новорожденным в неонатальных отделениях ПЦ 3 уровня на 1-2 сутки жизни, в дальнейшем в соответствии с клинической ситуацией, офтальмоскопия глазного дна выполняется детям, рожденным до 35 нед и массой тела менее 2000гр в 32-34 недели скорригированного возраста.

Результаты

Демонстрация редких вариантов изменений полости прозрачной перегородки (ППП) на примере клинических случаев. В первом случае пренатально документировано изолированное отсутствие ППП. При проведении НСГ после рождения в 30 недель эхографическая картина нетипичная: БЖМ разделены, не расширены, асимметрично расположены относительно срединной линии – «заваленность» правого желудочка в сторону левого с незначительным смещением МПЩ справа налево. ППП не определялась, лоцировалась тонкая линейная структура, смещенная к левому желудочку. При проведении офтальмоскопии выявлено уменьшение диаметра дисков зрительных нервов, составляющих ½ от нормального размера, что соответствует гипоплазии зрительных нервов обоих глаз. Медико-генетическое консультирование на основании этих 2 признаков выставило септо-оптичекую дисплазию (СОД). Недостаточности гипофизарной системы в неонатальном периоде не выявлено, обследование и наблюдение пациента у эндокринолога будет продолжено с целью исключения поздней манифестации гипопитуитаризма. Во 2 клиническом случае исследование проводилось маловесному недоношенному новорожденному 34 недель ГВ. При проведении эхографического исследования, ППП и мозолистое тело как отдельные структуры не дифференцировались от окружающих тканей. Зоны этих анатомических структур выполнены эхогенным содержимым, сопоставимым с эхогенностью белого вещества мозга. Архитектоника борозд и извилин, ориентация и форма БЖМ – не изменены. Проведено дополнительное лучевое исследование – МРТ: ППП регистрируется, выполнена однородным гиперинтенсивным содержимым по характеристикам напоминающим коллоид. Мозолистое тело истончено на всем протяжении. Других изменений СО и эндокринной дисфункции не выявлено. Особенность 1 клинического случая заключается в невыраженных, нетипичных эхографических изменениях ГМ у недоношенного ребенка и тяжелых дефектах СО в виде СОД. Диагноз установлен благодаря преемственности между пренатальными и постнатальными УЗИ. При исследовании этого пациента в постконцептуальном возрасте старше 37 недель ГВ считалось бы нормальным отсутствие визуализации ППП. Во 2 случае выявлены изменения ППП и МТ, без других дефектов СО. Эти изменения имеют вторичный характер, вероятнее всего перенесенная ВУИ.

Заключение

В эмбриогенезе ППП заканчивает формироваться к 17неделям. Нахождение ее с 18-37нед обязательное правило пренатального скрининга. В постнатальных исследованиях это правило так же должно выполняться. Отсутствие ППП может коррелировать с пороками СО: эндокринной дисфункцией, гипоплазией зрительного нерва, агенезией, дисгенезией МТ и др. Поздняя диагностика гипопитуитаризма, входящего в синдром СОД, может иметь тяжелые последствия для ребенка. Своевременная

постановка диагноза позволит выбрать правильную тактику ведения и улучшить качество жизни пациента.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА

Шарафутдинова Д.Р., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Ионов О.В., Киртбая А.Р., БалашоваЕ.Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Оценить роль УЗИ в диагностике некротизирующего энтероколита (НЭК) у недоношенных новорожденных экстремально низкой массы тела при рождении (ЭНМТ)

Материалы и методы

Обследовано 84 недоношенных новорожденных ЭНМТ: 1 группа – дети с НЭК (n = 26); 2 группа – дети с дискинезией ЖКТ (n = 28); 3 группа – дети без НЭК и признаков дискинезии ЖКТ (n = 30). Всем детям проводили УЗИ органов брюшной полости с исследованием кишечника. В 1 группе у 4 (15%) пациентов отмечался НЭК I ст., у 16 (62%) – НЭК II ст., у 6 (23%) – НЭК III ст.

Результаты

У недоношенных новорожденных ЭНМТ в группе с НЭК по сравнению с группой детей с дискинезией ЖКТ и группой сравнения статистически значимо чаще отмечались следующие УЗ признаки: расширение петель кишечника (у 73% новорожденных с НЭК), отсутствие перистальтики (50%), пневматоз стенки кишечника (58%), ее истончение (31%), свободная жидкость в брюшной полости (96%). Такие признаки как повышение эхогенности стенки кишечника (у 62% детей с НЭК), нарушение ее дифференцировки на слои (46%), пневматоз стенки (58%), свободный газ в брюшной полости (15%) и эхогенный характер свободной жидкости в брюшной полости (19%) встречались исключительно у детей с НЭК, т.е. были характерными для данного заболевания. УЗ признаками, имеющими прямую связь с вероятностью развития хирурги-

ческой стадии НЭК (≥3 ст.) и перфорацией кишечной стенки, являлись: истончение и уплотнение кишечной стенки, эхогенный характер свободной жидкости в брюшной полости и пневмоперитонеум (чувствительность 75,0-83,3% и специфичность 91,7-97,6%, p=0,001). В то же время такие УЗ признаки, как расширение петель кишечника, ослабление перистальтики, газ в системе воротной вены и небольшое количество анэхогенной свободной жидкости в брюшной полости, встречались не только в группах детей с НЭК и дискинезией ЖКТ, но и у детей группы сравнения, т.е. являлись неспецифичными для НЭК у недоношенных новорожденных ЭНМТ.

Заключение

УЗИ кишечника у недоношенных новорожденных ЭНМТ позволяет выявить специфические признаки НЭК, в том числе, характерные для его хирургической стадии. УЗ-признаками III стадии НЭК являются: истончение и повышение эхогенности кишечной стенки, эхогенный характер свободной жидкости в брюшной полости и пневмоперитонеум.

РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ В ПРИЧИНАХ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии иперинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва

Цель

Анализ частоты респираторного дистресс-синдрома в качестве причины ранней неонатальной смерти в Российской Федерации в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы

На основании анализа статистических форм А-05 Росстата за 2018-2021 гг проведен сравнительный анализ показателей и причин ранней неонатальной смерти в федеральных округах и Российской Федерации в целом в 2018-2019 гг и в 2020-2021 гг (период пандемии COVID-19).

Результаты

В 2018-2019 гг в целом по Российской Федерации было зарегистрировано 5240 (2765 в 2018 г и 2475 в 2019 г) случаев смерти новорожденных в первые 168 часов жизни. При этом значение показателя ранней неонатальной смертности, рассчитанного как отношение количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, к общему числу детей, родившихся живыми, умноженное на 1000, составило 1,70‰ (1,72‰ в 2018 г и 1,67‰ в 2019 г). В 2020-2021 гг (период пандемии COVID-19) отмечено снижение количества случаев ранней неонатальной смерти до 4467 (в 2020 г – 2288 и в 2021 г – 2179), что на 14,8% меньше показателей 2018-2019 гг. При этом значение показателя ранней неонатальной смертности (1,58‰) по сравнению с 2018-2019 гг снизилось на 7,1%, составив 1,59‰ в 2020 г и 1,56‰ в 2021 г.

Согласно данным Росстата по Российской Федерации за 2018-2019 гг респираторный дистресс-синдром фигурировал в качестве первоначальной причины ранней неонатальной смерти в 862 наблюдениях, составив 16,5% от общего количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни. В 2020-2021 гг зарегистрировано 656 наблюдений смерти от респираторного дистресс-синдрома, что составило 14,7% от всех случаев ранней неонатальной смерти. Показатели ранней неонатальной смертности от респираторного дистресс-синдрома составили 0,28‰ и 0,23‰ в 2018-2019 гг и 2020-2021 гг соответственно.

При анализе частоты ранней неонатальной смерти в федеральных округах Российской Федерации наиболее высокие значения доли респираторного дистресс-синдрома среди причин ранней неонатальной смерти отмечены в 2018 г в Северо-Западном (23,1%) и Уральском (21,6%) федеральных округах, в 2019 г – Северо-Западном (23,4%) и Дальневосточном (21,6%) федеральных округах, в 2020 и 2021 гг – Дальневосточном (25,6% и 24,0% соответственно) и Северо-Западном (21,6% и 23,6% соответственно) федеральных округах. В то же время наибольшие значения показателя ранней неонатальной смертности от респираторного дистресс-синдрома в 2018 г установлены в Северо-Западном (0,38‰) и Приволжском (0,37‰) федеральных округах, в 2019 г – Северо-Кавказском (0,49‰) и Северо-Западном (0,38‰) федеральных округах, в 2020 г – Дальневосточном (0,44‰) и Южном (37,0‰) федеральных округах, в 2021 г – Дальневосточном (0,41‰) и Северо-Западном (33,4‰) федеральных округах.

Заключение

В 2020-2021 гг, в период пандемии COVID-19, по сравнению с 2018-2019 гг в целом по Российской Федерации установлено уменьшение абсолютного количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, и значений показателя ранней неонатальной смертности. Одновременно с этим в структуре причин ранней неонатальной смерти в 2020-2021 гг отмечено уменьшение доли и снижение показателя ранней неонатальной смертности вследствие респираторного дистресс-синдрома,

что свидетельствует об отсутствии выраженного влияния SARS-CoV-2 на развитие болезни гиалиновых мембран.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕНЕСЕННОЙ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ, НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Якубина А.А, Букина М.Ю., Бочарова И.И., Аксенов А.Н.
ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»
г. Москва

Цель

Оценить состояние здоровья новорожденных, родившихся у матерей после перенесенной новой коронавирусной инфекции в разные сроки беременности.

Материалы и методы

Были обследованы 162 новорождённых.1 группа – 38 детей, матери которых перенесли COVID-19 в 1 триместре беременности; 2 групп – 74 ребенка, родившихся у матерей с манифестацией инфекции в 2 триместре; 3 группа – 50 новорождённых, матери которых заболели новой коронавирусной инфекцией в 3 триместре.

Результаты

Обследованные новорождённые родились у женщин, переболевших НКИ во время беременности и не имевших клинических проявлений заболевания к моменту родоразрешения. Оценка состояния здоровья новорожденных проводилась на основании результатов клинико-лабораторного и инструментального обследования. У детей 1 и 3 групп были выявлены клинико-лабораторные проявления внутриутробной инфекции в 42,1% и 32% наблюдений, по сравнению с новорожденными 2 группы (8,1%). Перинатальные поражения центральной нервной системы, обусловленные, в основном, перенесенной гипоксией и асфиксией, чаще отмечались у пациентов 3 группы (36%), по сравнению с детьми 1 и 2 групп (15,8% и 5,4% соответственно). Симптомы дыхательной недостаточности имели место только у новорожденных 1 (10,5%) и 3 (20%) групп и были связаны с течением респираторного дистресс-синдрома, транзиторного тахипноэ и врожденной пневмонии. Задержка внутриутробного роста и недостаточность питания имела место только у новорожденных 1 и 3 групп (10,4% и 12% соответственно), и коррелировала с фетоплацентарной недостаточно-

стью. Наиболее частым патологическим состоянием новорожденных 2 группы были преходящие нарушения углеводного обмена (32,4%). Врожденные пороки развития чаще всего отмечались у детей 1 группы 15,8%. Необходимость в проведении этапного лечения в профильных неонатальных стационарах была выше у новорожденных 1 (21%) и 3 групп (16%), что свидетельствует о более серьезных нарушениях в состоянии их здоровья и потребности в более длительном лечении и реабилитации по сравнению с детьми 2 группы (2,7%).

Заключение

Таким образом, тяжесть патологических состояний была выше у детей, матери которых перенесли НКИ в первом или третьем триместрах беременности, что подтверждается характером их патологии, потребностью в переводе в профильные неонатальные отделения для продолжения лечения. >

СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис нажмите нанужный пункт содержания

Анестезиология-реаниматология

3 ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ
Ануфриева Н.А., Каменева Е.А., Ушакова И.А., Шибельгут Н.М., Паличев В.Н., Самоделкин В.С.

5 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ФИБРИНОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ
Безнощенко О.С., Иванец Т.Ю., Городнова Е.А., Пырегов А.В.

6 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ШОКА И ЕГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У БЕРЕМЕННОЙ
Белов А.В., Елизарова Е.С.

7 ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ТМК
Громов А.Д., Пырегов А.В., Софронов К.А.

9 ЦЕЛЕВАЯ ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПЛАНОВОМ АБДОМИНАЛЬНОМРОДОРАЗРЕШЕНИИ
Диков А.В., Пырегов А.В.

11 СПОНТАННАЯ ГЕМАТОМА БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Дражина О.Г., Недень Л.Ч., Шилова С.Д., Савицкая В.М.

12 СЛУЧАИ РЕЗЕКЦИИ СТЕНКИ МАТКИ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Дражина О.Г., Савицкая В.М., Середа О.Л., Басалай Т.К., Малофеев И.А.

14 ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ПЕРВЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ
Дроздов Р.Г., Терентьев Н.В., Венедиктов Э.В., Иванов А.А., Зайцев С.С., Стяжкин А.А.

16 ПРЕИМУЩЕСТВА И ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ НЕЙРОАКСИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
Елизарова Е.С., Письменский С.В, Пырегов А.В.

17 НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ VII РЕКОМБИНАНТНОГО АКТИВИРОВАННОГО ФАКТОРА В КОМПЛЕКСЕ ТЕРАПИИ РАННИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Заварзин П.Ж.

19 НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ VII РЕКОМБИНАНТНОГО АКТИВИРОВАННОГО ФАКТОРА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РАННИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Заварзин П.Ж.

20 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕСТ КАТЕТЕРИЗАЦИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН
Кузнецова Е.Н., Курпе Е.Е., Каменева Е.А., Авраменко А.А., Ануфриева Н.А.

22 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АФЕРЕЗА ДЛЯ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАННИМ РАЗВИТИЕМ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Плахотина Е.Н., Белоусова Т.Н., Брянцев Е.В.

23 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Дражина О.Г.

24 РЕКОНСТРУКТИВНО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Дражина О.Г., Недень Л.Ч., Рубинштейн Ю.Д., Рубинштейн И.А.

26 КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ
Сагамонова К.Ю., Арабаджан С.М., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.

27 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕПРОДУКТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
Сагамонова К.Ю., Арабаджан С.М., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.

28 ИНТРАНАТАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ
Симрок В.В., Потапова М.В., Шилко С.Е., Цыбин К.Н., Щербаков Т.В.

29 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМ СЕРДЦЕМ
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Шуйцева Н.Л., Ржанников А.С.

31 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАР-БЛОКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Ужакин В.В., Токарева В.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М., Касьянов Е.В., Гасанов Н.П., Харитонов Ю.В.

32 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ
Ужакин В.В., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М., Касьянов Е.В., Гасанов Н.П., Харитонов Ю.В.

33 ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Шелехин А.П., Баев О.Р., Красный А.М.

34 ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ Е-КАДГЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Шелехин А.П., Баев О.Р., Садекова А.А., Кокоева Д.Н., Красный А.М.

36 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ОПП (KDIGO 3) НА ФОНЕ А-ГУС
Казанова С.А., Калачин К.А.

Организация медицинской помощи новорожденным

38 ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В «КОВИДНЫЙ» И «ДОКОВИДНЫЙ» ПЕРИОД
Илькевич Н.Г., Саржевская Е.А., Дражина О.Г.

40 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Хаджилаева Ф.Д.

41 ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ АУТОАНТИТЕЛ МЕТОДОМ ЭЛИ-П ТЕСТ
Якубова Д.И., Игнатка И.В., Меграбян А.Д., Песегова С.В.

43 РОЛЬ КОМБИНАЦИИ АУТОИММУННЫХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ФЕНОТИПА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА
Якубова Д.И., Игнатко И.В., Меграбян А.Д., Песегова С.В.

Хирургия новорожденных

45 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА
Морозова Н.Я., Буров А.А., Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Дегтярев Д.Н.

47 ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ДИАФРАГМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Толкачева Е.М.

Реанимация иинтенсивная терапия новорожденных

48 ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ГРУППЫ НЕОНАТАЛЬНЫЙ «NEAR MISS»
Девялтовская М.Г[1], Мосько П.Л.[2,3], Артюшевская М.В.[2,3]

49 ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ПО ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
Деларю Н.В., Заячникова Т.Е.

51 ПОКАЗАТЕЛИ КОС У НЕДОНОШЕННЫХ, ИМЕЮЩИХ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ
Левченко Л.А.[1], Скосарева Г.А.[2]

53 ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО МАРКЕРА НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА
Лёнюшкина А.А.[1], Пупышева А.Ф.[1], Савельева Е.И.[2], Пискунова В.В.[2], Никитина И.В.[1], Бембеева Б.О.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2]

54 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ
Невмержицкая О.В., Наумов А.Б., Чупаева О.Ю., Скарлатеску Е., Струпенева У.А., Черномордова А.В., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Калинин А.В.

55 НАРУШЕНИЕ КОГЕРЕНТНОСТИ МЕЖДУ МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЛЯЦИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ПЕРЕД КОРРЕКЦИЕЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ
Невмержицкая О.В., Наумов А.Б., Чупаева О.Ю., Струпенева У.А., Черномордова А.В., Хубулава Г.Г., Марченко С.П., Калинин А.В.

57 КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПАРАХ МАТЬ-РЕБЕНОК У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ
Никитина И.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Огаркова Е.А.[3], Ипполитов А.Л.[2], Савельева Е.И.[2], Ленюшкина А.А.[1]

58 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕТАЛЬНО-МАТЕРИНСКОЙ ГИПЕРОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У ПЛОДА
Писарева Е.В.

59 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ КОРРЕКЦИИ КРИТИЧЕСКИХ ВПС У НОВОРОЖДЁННЫХ
Свалов А.И, Тарасов Е.М., Александрова О.В., Божеску С.К, Тюльпин А.В., Захаров Е.В., Казанцев К.Б.

Респираторная терапия новорожденных

61 ВЛИЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
Звягина Ж.А., Цой Е.Г.

Энтеральное и парентеральное питание новорожденных

63 ОСОБЕННОСТИ АДИПОЦИТОКИНОВ И МАКРОНУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА С УЧЕТОМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ
Прилуцкая В.А.[1], Виктор С.А.[2], Глущенко М.Ф.[2]

Болезни новорожденных

65 ВЛИЯНИЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
Амирова В.Р., Грешилов А.А., Каримова С.С., Шолохова А.В.

67 ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА)
Анциферова Е.В., Ешинимаева Е.Ц., Новикова Г.Н., Кедровская Н.С., Караганова К.И., Смирнова Ю.А., Таранушенко Т.Е.

68 ОСОБЕННОСТИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Анциферова Е.В., Прожкевич М.О., Вещицкая Т.В., Писарева Т.В., Первухин А.П., Караганова К.И., Бауров П.П., Таранушенко Т.Е.

70 ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА).
Анциферова Е.В., Рубцова С.О., Гавриленко О.В., Антипина Т.А., Лещенко И.А., Персиянова О.А., Карпова Л.Н.

71 ПРЕСЕПСИН – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СЕПСИСА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
Бугаева А.Т.

73 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОДЕРМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ СТРЕССА У НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
Букина М.Ю., Якубина А.А., Аксёнов А.Н., Бочарова И.И.

74 ДИНАМИКА ВИТАМИНА D, КАТЕЛИЦИДИНА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ НА ФОНЕ ПРИЁМА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА
Верисокина Н.Е.

76 ПОСТНАТАЛЬНАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: ЧАСТОТА И ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
Голова Н.К., Нароган М.В., Саханова Ю.В., Рюмина И.И., Крашенинникова Р.В.

77 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Журавлева Л.Н., Новикова В.И.

79 ЗНАЧЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЁГКИХ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Колесникова С.А., Акопян М.С., Пустабаева М.С.

80 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Левченко Л.А., Саркисян Е.А.

82 ПОКАЗАТЕЛИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У МАТЕРЕЙ И ИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Левченко Л.А., Черкасова С.В.

84 КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВОГО ДЕФИЦИТА КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ УНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ
Потапова В.Е.

85 ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВНЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Потапова В.Е.

87 СЕЗОННЫЕ КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У КРУПНОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Прилуцкая В.А., Король-Захаревская Е.Л., Лыбзикова Н.Д.

88 НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ – ПОКАЗАТЕЛИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО
Прищепенко О.А., Малашкова В.А., Потапова В.Е.

90 ОПУХОЛИ СЕРДЦА ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО
Рябухина Н.Д., Вихорева В.А.

92 РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЯ ТРЕХПРЕДСЕРДНОГО СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОГО.
Свищева М.Е.

93 ПОСМЕРТНАЯ МРТ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОГО МОЗГА УМЕРШИХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ
Туманова У.Н., Савва О.В., Быченко В.Г., Щеголев А.И.

95 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
Хаджилаева Ф.Д.

96 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА
Хаджилаева Ф.Д.

97 РЕДКИЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ
Черданцева С.Ю.[1], Черданцева Ю.Е.[2], Свищева М.Е.[1]

99 ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕПТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
Черданцева С.Ю.[1], Черданцева Ю.Е.[2], Канайлова О.П.[3], Горбачева Н.В.[4]

101 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССЫ ТЕЛА
Шарафутдинова Д.Р., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Ионов О.В., Киртбая А.Р., БалашоваЕ.Н.

102 РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ В ПРИЧИНАХ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Чаусов А.А.

104 ВЛИЯНИЕ COVID-19 ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕНЕСЕННОЙ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ, НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
Якубина А.А, Букина М.Ю., Бочарова И.И., Аксенов А.Н.