

29 ноября –  
1 декабря 2023 года

**XVI** ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ  
КОНГРЕСС



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

# МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА



XVI ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

# **АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

М., 2023 – 89 с.

Под редакцией:

Зубкова В.В.,

Силаева Б.В.

29 ноября – 1 декабря

2023 года

г. Москва

ISBN 978-5-6050684-0-2

© «МЕДИ Ивент», 2023



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Анестезиология- реаниматология

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Агабекян В.С., Карташева С.В., Токарева В.В., Безверхий А.А., Арабаджан С.М.  
ГБУ РО «Перинатальный центр»  
г. Ростов-на-Дону

#### Цель

Сравнительная оценка эффективности обезболивания родов с использованием различных методов обезболивания

#### Материалы и методы

587 пациенток (П), родоразрешенных естественным путем в сроке 38–40 недель, были обезболены разными способами

#### Результаты

Проведен анализ историй болезни рожениц, которым проводилось обезболивание родов различными методами нейроаксиальной анальгезии. У 1 группы (524 П) использовалась эпидуральная анальгезия (ЭДА), у 2 группы (32 П) спино-эпидуральная анальгезия (СЭА), у 3 группы (25 П) спинальная анальгезия (СМА) и у 4 группы (10 П) медикаментозное обезболивание родов. Интенсивность боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале оценки боли (шкала ВАШ). Необходимо отметить, что спино-эпидуральная анальгезия использовалась у женщин с выраженным болевым синдромом, спинальная анальгезия – у женщин с выраженным болевым синдромом и открытием шейки матки более 5–7 см, а медикаментозное обезболивание – у женщин с выраженной татуировкой в поясничной области (вся кожа спины в татуировке). Интенсивность боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале оценки боли (шкала ВАШ). Исходно у всех беременных отмечался болевой синдром различной интенсивности (выше 3–4 баллов), что и послужило основанием для обоснования обезболивания родов. У рожениц 1 группы развилась анальгезия с адекватным уровнем обезболивания через 10–15 минут, у женщин 2 и 3 групп – через 2–3 минуты с оценкой по ВАШ менее 2 баллов, а в 4 группе женщин – через 20–30 минут с оценкой



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

по шкале ВАШ 5–7 баллов. У рожениц 1,2 и 3 групп наблюдалось быстрое и равномерное наступление нейроаксиальной блокады с хорошим обезболиванием (с оценкой менее 3–4 баллов по шкале ВАШ). У всех женщин всех групп роды протекали самостоятельно, ни в одном случае не было отмечено неблагоприятного влияния на состояние новорожденного. Таким образом, можно отметить, что использование различных методов нейроаксиальных методов обезболивания родов (ЭДА, СЭА, СМА) является эффективным и безопасным при проведении обезболивания родов. Использование медикаментозного обезболивания родов встречается чрезвычайно редко и является вынужденной мерой по различным показаниям

## **Заключение**

Анализ проведенных исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности нейроаксиальных методов обезболивания, которые характеризуются адекватным уровнем обезболивания, хорошей управляемостью, отсутствием отрицательного влияния на родовую деятельность и отсутствие вредного воздействия на мать и плод

## КОРРЕКЦИЯ ПОЛИОРГАНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С HELLP-СИНДРОМОМ

Арабаджан С.М., Агабекян В.С., Ужакин В.В., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В.  
Областной перинатальный центр  
г. Ростов-на-Дону

## **Цель**

Провести анализ коррекции полиорганных нарушений у пациенток с установленным диагнозом тяжелая преэклампсия, HELLP-синдром

## **Материалы и методы**

Проведен анализ лечения 52 пациенток с установленным диагнозом тяжелая преэклампсия, HELLP-синдром. Все обследуемые были распределены на две группы: 1 группа (40 беременных), у которых диагноз HELLP-синдром был установлен во время беременности (при сроке 31–37 недель) и 2 группа (12 женщин), у которых HELLP-синдром развился после родов .



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

У всех обследуемых был установлен диагноз тяжелая преэклампсия, HELLP-синдром на основании высокой артериальной гипертензии, отеков, протеинурии, тромбоцитопении, увеличении ЛДГ (более 700 Ед\л), повышении АСТ (более 80 Ед\л) и АЛТ (более 140 Ед\л). Всем женщинам проводилась терапия, направленная на лечение преэклампсии (сернокислая магнезия, нифедипин, клонидин). Кроме этого, для коррекции высокой гипертензии использовалась эпидуральная анальгезия, что позволяло на фоне симпатической блокады стабилизировать показатели гемодинамики. Общеизвестно, что все существующие методы лечения тяжелой преэклампсии направлены на эффективную профилактику заболевания и предупреждение развития эклампсии. А с учетом неуклонно прогрессирующего характера течения преэклампсии, единственным патогенетическим методом лечения является родоразрешение, особенно когда развивается HELLP-синдром. В связи с этим, постановка диагноза HELLP-синдрома у беременных 1 группы означала проведение срочного оперативного родоразрешения по жизненным показаниям для женщины. С целью обезболивания операции кесарево сечение нами использовалась регионарная анестезия (32 пациентки) и общая анестезия (у 8 женщин, в связи с тромбоцитопенией менее 70 тыс. Ед\мкл). Всем пациенткам 2 группы с тяжелой преэклампсией и послеродовым развитием HELLP-синдрома проводили объемный плазмаферез с удалением 2–3 л плазмы и возмещением 3–5 л донорской свежезамороженной плазмы, а при показаниях – альбумин. Необходимо отметить, что проведение экстренного оперативного родоразрешения у беременных 1 группы и проведение объемного плазмафереза у женщин с послеродовым развитием HELLP-синдрома приводило к улучшению состояния. Лабораторные показатели у всех пациенток обеих групп нормализовались в течение 3–4 суток.

## Заключение

Состояние у пациенток с тяжелой преэклампсией, а тем более с присоединением HELLP-синдрома способно манифестировать в угрожающее жизни состояние с развитием полиорганной дисфункции в течение от нескольких часов до суток. В связи с этим, своевременно выполненное экстренное оперативное родоразрешение у беременных 1 группы и проведение объемного плазмафереза у пациенток 2 группы приводит к улучшению состояния и самочувствия пациенток.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.

ООО «Центр репродукции человека и ЭКО»

г. Ростов-на-Дону

### Цель

Провести сравнительный анализ эффективности коррекции нарушений гемостаза с использованием различных средств при проведении трансвагинальной пункции яичников

### Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ истории болезни 117 пациенток, которым с профилактической целью вводился дицинон (этамзилат) перед процедурой ЭКО (1 группа) и обследованы 587 пациенток (2 группа), которым вводилась ТК за 30–40 минут до начала процедуры ЭКО в дозе 250–500 мг

### Результаты

Все обследуемые обеих групп не имели между собой статистически значимых различий в возрасте, весе, исходной патологии. Кроме этого, у женщин обеих групп нами не было отмечено исходных нарушений системы гемостаза. При проведении сравнительного анализа между группами было установлено: у 17 больных 1 группы была необходимость после процедуры ЭКО в проведении динамического наблюдения и обследования с постоянным контролем УЗИ, лабораторного мониторинга (общий анализ крови, параметры гемостаза и др.) и инфузионной терапии (стерофундин, растворы крахмала, свежезамороженная плазма), причем у 2 пациентов потребовалось проведение диагностической лапароскопии с целью хирургического гемостаза в связи с наличием внутрибрюшного кровотечения. У больных 2 группы у 25 женщин была необходимость в дополнительном введении ТК после процедуры ЭКО (через 15–20 минут) в дозе 250–500 мг внутривенно капельно в разведении изотоническим раствором натрия хлорида. Остальные пациентки 2 группы были выписаны в удовлетворительном состоянии уже через 2–3 часа после процедуры ВРТ. Выраженных нарушений параметров гемодинамики и расстройств гемостаза не наблюдалось ни в одной группе. Необходимо отметить, что использование транексамовой кислоты позволяет устранить послеоперационные кровотечения в особенности у женщин, длительно получающих антикоагулянтную терапию (по различным показаниям).



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что профилактическое использование транексамовой кислоты в дозе 250–500 мг перед процедурой ЭКО позволяет эффективно устранить возможные риски кровотечения. Причем, наибольшие показания к использованию транексамовой кислоты мы наблюдаем у женщин, длительно принимающих антикоагулянтную терапию.

## ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

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

## Цель

Оценить эффективность и преимущества обезболивания различными препаратами при проведении операции трансвагинальная пункция яичников

## Материалы и методы

В исследование включены 578 пациенток, которые были разделены на две группы: 1 группа (124 женщины) с целью обезболивания использовали пропофол в дозе 120–140 мг, а затем болюсно по 20–40 мг. Во 2 группе (434 пациентки) использовали пропофол в дозе 120–140 мг и при необходимости, вводили кетамин по 30–50 мг.

## Результаты

Необходимо отметить, что всем пациенткам обеих групп вводилась премедикация: сибазон 0,5% – 2,0 мл и фентанил 0,005% – 2,0 мл. Анализ проведенных исследований показал, что при длительных и технически сложных операциях у женщин 1 группы наблюдались кратковременные периоды дозозависимой гипотензии и угнетения дыхания со снижением сатурации (S<sub>O2</sub> в пределах 90–92%). У пациенток 2 группы с использованием «кетофола» гемодинамические и газообменные функции были стабильными в течение всей операции (S<sub>O2</sub> в пределах 97–99%). При сравнении гемодинамических и респираторных параметров, мы пришли к выводу, что использование «кетофола» обладает меньшим угнетением дыхания и гемодинамики, обеспечивая адекватную анальгезию и седацию без побочных психотических эффектов.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

В отечественной и зарубежной литературе имеются данные об использовании «кетофола» (смесь кетамина и пропофола).

На основании данного исследования мы можем отметить, что смесь кетамина и пропофола зарекомендовала себя как безопасный и эффективный метод анестезии, сочетающий в себе преимущества каждого из препаратов, а именно минимальное угнетение дыхания и стабильность гемодинамических показателей, а также достаточно быстрое восстановление сознания без каких-либо психотических реакций.

Преимуществами комбинации кетамина и пропофола являются выраженный анальгетический эффект, возможность сохранения адекватного самостоятельного дыхания при глубоком уровне седации, а также достаточно быстрое восстановление сознания без каких-либо психотических реакций.

## **Заключение**

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что использование «кетофола» при длительных и технически сложных операциях трансвагинальной пункции яичников позволяет обеспечить адекватное обезболивание и седацию без психотических реакций.

## СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ТПО У ПАЦИЕНТОК С HELLP СИНДРОМОМ.

Бадмажапов А.С., Немытченко В.А., Кузнецов А.О., Громов Ф.А., Виговская С.А.,  
Дедик Е.В., Баранов Ю.И., Попова Е.И.

*ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр имени М.С. Малиновского»  
г. Иркутск*

## **Цель**

Анализ серии клинических случаев терапевтического плазмообмена (ТПО) у пациенток с HELLP-синдромом.

## **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ 5 истории родов пациенток с HELLP-синдромом за период с 2022–2023 гг. Во всех случаях выполнен высокообъемный терапевтический плазмообмен 1,5–2,0 ОЦП за один сеанс.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

В представленных случаях отмечалось быстрое ухудшение гематологических показателей в раннем послеродовом периоде (6–12 ч.), а именно прогрессирование анемии, тромбоцитопении, наличие шизоцитоза, повышение ЛДГ, АСТ, АЛТ, общего билирубина. По данным ЭХО-КГ, УЗИ легких, органов брюшной полости во всех случаях диагностировали минимальный гидрперикард, недостаточность АК, ТК, МК разной степени тяжести, двусторонний гидроторакс, асцит (полисерозит) различной степени выраженности. Проводилась антибактериальная, анальгетическая, антикоагулянтная, гипотензивная, противосудорожная терапия, гастропротекция, перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей, ранняя пероральная гидратация, раннее восстановление энтерального питания.

Во всех случаях показанием для проведения ТПО являлся HELLP-синдром, была исключена ТТП (активность ADAMTS13 в норме).

Критерии прекращения ТПО: при нормализации гематологических показателей (уровень ЛДГ менее 600 МЕ/л, тромбоциты >150 тыс. в течение 3 последующих дней).

После проведенного сеанса ТПО в течении последующих 1–3 суток отмечалось значительное улучшение гематологических показателей, выражающееся в прекращении прогрессирования тромбоцитопении, снижении ЛДГ, АСТ, АЛТ, ЩФ, СРБ, Д-димеров, общего билирубина, повышении количества общего белка, альбумина, фибриногена, АТ III, снижении протеинурии в ОАМ.

Развитие HELLP-синдрома опасно для жизни матери и плода, и методом выбора при этом осложнении ПЭ является по возможности раннее проведение аферезных технологий. ТМА в акушерстве развивается фульминантно, провести дифференциальную диагностику в первые дни заболевания не представляется возможным, в связи с чем может быть упущено время. Именно инициация ТПО позволяет дождаться нозологического диагноза.

## Заключение

Следует отметить, что данные литературы говорят о том, что внезапное прекращение ТПО может привести к ранним рецидивам болезни по сравнению с постепенным «отлучением» от ТПО по достижении гематологической ремиссии. Однако в наших случаях нам удавалось добиться полного ответа на один сеанс высокообъемного ТПО практически во всех случаях, за исключением одного, когда потребовалось 3 сеанса ТПО с постепенным снижением объема замещения ОЦП до достижения положительной клинико-лабораторной динамики.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Бадмажапов А.С., Немытченко В.А., Кузнецов А.О., Громов Ф.А., Виговская С.А.,  
Дедик Е.В., Баранов Ю.И., Попова Е.И.

*ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр имени М.С. Малиновского»  
г. Иркутск*

### Цель

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

### Материалы и методы

546 женщин после операции кесарево сечение были разделены на 2 группы: 1 группа (405 пациенток), получившие латеральный ТАР-блок раствором ропивакаина 0,375% с обеих сторон под УЗ-навигацией и 2 группа (141 пациентка) с использованием QL-блока (1 тип-100 пациенток и 2 тип-41 пациентка) под УЗ-навигацией через 1 час после операции кесарево сечение.

### Результаты

Использование миофасциальных блокад как компонента мультимодальной анальгезии в раннем послеоперационном периоде позволило снизить интенсивность послеоперационных болей у всех пациенток обеих групп и способствовало профилактики развития хронического болевого синдрома, однако пациентки 1 группы отмечали большую частоту жалоб на болевой синдром по ВАШ 4–5 балла в течение первых 12 часов послеоперационного периода. В 1 группе женщины отмечали появление болей через 6–9 часов с оценкой по шкале ВАШ до 4–5 баллов. Во 2 группе все пациентки отмечали хорошую активность и комфортное самочувствие в течение ближайших 6–12 часов после операции. Все пациентки после проведенного QL-блока 1 и 2 типа отмечали хорошее общее самочувствие, уровень боли по ВАШ составил 2 балла в покое и 3–4 балла при движении, больший процент удовлетворенности был в группе с QL-блоком 2 типа. У всех пациенток регистрировались стабильные показатели гемодинамики, отсутствие осложнений. Таким образом, использование миофасциальных блокад как компонента мультимодальной анальгезии с помощью ТАР- и QL-блока в раннем послеоперационном периоде после операции кесарево сечение обеспечивает достаточный уровень обезболивания и низкую частоту «rescue



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

analgesia». Стоит отметить, что при проведении QL-блока 2 типа (задний) необходимо изменять положение тела для адекватного доступа и выполнения качественной блокады, что подразумевает привлечение большего количества участников процесса (врач, ассистент, мед. сестра) и большего времени для выполнения блока, что в свою очередь может оказать влияние в выборе не в пользу данной методики миофасциальной блокады. TAP-блок и QL-блок 1 типа (латеральный) проводятся в положении на спине, просты в техническом исполнении и используются чаще в повседневной клинической практике.

## Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что миофасциальные блокады как компонент мультимодальной анальгезии, основанные на использовании TAP-, QL-блока, в большей степени QL блока 2 типа, является наиболее эффективными методиками послеоперационного обезболивания, снижают потребность в опиоидах и частоту нежелательных эффектов от их применения, в конечном итоге, более физиологичному течению послеродового периода.

## ОЦЕНКА СЕРДЕЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Вечорко В.И., Ляшко Е.С., Конышева О.В., Арустамян Р.Р., Лукина Н.Н., Хаиндрава А.Т., Цыганова М.С.

*ГКБ №15 имени О.М. Филатова  
г. Москва*

## Цель

Цель исследования явилось изучение сердечно-сосудистой патологии во время беременности у пациенток с восстановленной КоА.

## Материалы и методы

За период 2010 - 2022 годы в ГКБ №15 им. О.М. Филатова были обследованы 98 беременных с КоА. Из исследования были исключены 35 пациенток, которые могли независимо влиять на результаты исследования. Таким образом, исследуемая группа состояла из 63 беременных.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

Только у 27,0% всех обследованных пациенток была изолированная форма КоА, в остальных случаях она сочеталась с другими сердечно-сосудистыми аномалиями.

Всем пациенткам с КоА были произведены корректирующие операции до наступления исследуемой беременности. Средний возраст на момент первичной операции составил:  $9,8 \pm 6,9$  лет. Наиболее частой первичной операцией по восстановлению КоА была резекция КоА с анастомозом «конец–в–конец», 12,7% пациенток произведена баллонная ангиопластика. У каждой третьей пациентки одновременно с восстановлением коарктации произведены сочетанные операции.

Для оценки сердечного риска матери нами использовалась шкала модифицированного риска ВОЗ. Подавляющее большинство пациенток относились к группе низкого риска (I ФК NYHA), остальные – к группе умеренно повышенного риска (II ФК NYHA). У 12,1% пациенток в 37–39 недель беременности отмечалось нарастание сердечной недостаточности со II до III ФК по NYHA: у всех имелись выраженные нарушения ритма и проводимости. У 47,6% имелась стойкая артериальная гипертензия.

Материнской и перинатальной смертности в исследуемой группе не было. Преждевременные роды были у 7,9%, через естественные родовые пути – у 2-х, путем кесарева сечения – у 3-х. Своевременных родов было 92,1%, из них через естественные родовые пути – 31,5%, путем операции кесарева сечения – у 68,5%. Акушерские показания к кесареву сечению были у 22,5% пациенток. Кардиологические показания у 62,5. Сочетанные показания к кесареву сечению были у 6. Все операции кесарева сечения были проведены под спинномозговой анестезией. Осложнений анестезии не было. Все пациентки после родов были выписаны домой.

КоА – это сложное, неоднородное пожизненное заболевание с множеством сопутствующих сердечно-сосудистых осложнений даже после коррекции порока. Знание этих осложнений имеет важное значение для совершенствования стратификации риска и разработки эффективных протоколов ведения таких пациенток как до беременности, так и во время беременности.

## Заключение

Наше исследование свидетельствует о высокой частоте сердечно-сосудистой патологии (артериальной гипертензии, рекоарктации, нарушений ритма и проводимости) у беременных с восстановленной коарктацией аорты, что требует наблюдения и родоразрешения их в условиях специализированного стационара мультидисциплинарного подхода.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРА ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С HELLP-СИНДРОМОМ

Лаврик М.В., Казакова А.С., Куземина Е.А., Паничкина А.А., Ильина М.П.

*ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф.Горячева»**г. Ульяновск*

### Цель

Провести ретроспективный анализ изменения размера тромбоцитов у беременных с HELLP-синдромом, получавших лечение в перинатальном центре «Мама» г. Ульяновска за 2022 год.

### Материалы и методы

Были использованы данные историй родов. У 11 пациенток был выявлен HELLP-синдром, возраст 23–40 лет. При поступлении у всех была взята кровь из вены на анализы. Количество тромбоцитов определялось на геманализаторе Sysmex XS-1000i. Группа контроля состояла из 50 рожениц с нормальным течением беременности, у которых были измерены те же показатели.

### Результаты

Тромбоциты в состоянии покоя представлены дискообразными безъядерными клетками. При повреждении эндотелия происходит активация тромбоцитов, что приводит к изменению мембраны, высвобождению биологически активных веществ, и из плоского диска они превращаются в сферическое тело. При HELLP-синдроме тромбоцитопения возникает вследствие их повышенного потребления. При ускоренном производстве тромбоцитов в костном мозге в крови появляются крупные, молодые и несформированные тромбоциты, имеющие очень высокую активность (фракция незрелых тромбоцитов).

При поступлении у всех беременных с HELLP-синдромом тромбоциты были ниже нормы, при этом средний размер тромбоцита (MPV) был у всех повышен. Максимальное падение тромбоцитов наблюдалось на 2-ой день после родоразрешения. У двух женщин MPV после родоразрешения увеличился, что связано с ухудшением состояния рожениц и прогрессированием HELLP-синдрома. При микроскопии мазков крови у 94,4% женщин были обнаружены шизоциты, анизоцитоз тромбоцитов наблюдался у всех (PDW повышен).

У трех беременных анализатор не смог рассчитать MPV, при микроскопии в крови у них были обнаружены огромные округлые молодые тромбоциты. Следовательно, по цифрам MPV можно судить, каких по зрелости тромбоцитов больше в сосудистом



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

русле. Таким образом, средний размер тромбоцита может быть полезным индикатором при предсказании развития HELLP-синдрома у беременных. Однако, для более точного прогнозирования необходимы дополнительные исследования.

Кроме тромбоцитопении у всех женщин были повышены уровни трансаминаз и ЛДГ, выраженная протеинурия. Развитие HELLP-синдрома у беременных требовало немедленного оперативного родоразрешения с учетом жизненных показаний, чтобы исключить возможные серьезные осложнения для матери и плода. Пациенткам проводилась интенсивная базовая терапия презклампсии, что способствовало положительной динамике клинических и лабораторных показателей. Все пациентки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В послеродовом периоде у всех рожениц наблюдалось восстановление содержания тромбоцитов в крови за счет выхода новых тромбоцитов из красного костного мозга. MPV при этом приходил к норме. В группе контроля содержание тромбоцитов колебалось в пределах физиологической нормы с тенденцией к снижению.

## Заключение

Исследования показали, что у беременных женщин с HELLP-синдромом наблюдается снижение числа тромбоцитов и повышение значений MPV и PDW. Эти изменения могут служить индикатором развития HELLP-синдромом и использоваться для оценки функциональной активности тромбоцитов во время беременности с гестозом и HELLP-синдромом.

Дальнейшие исследования данной темы могут помочь в разработке более эффективных методов диагностики и лечения синдрома, а также в предотвращении его развития у беременных женщин на ранних этапах.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Якубова Д.И.

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения РФ  
г. Москва*

### Цель

Изучение действия комбинированной терапии метилдопа и пролонгированным нифедипином на профиль АД, плацентарный кровоток у беременных с умеренной преэклампсией.

### Материалы и методы

Обследовано 35 беременных с умеренной преэклампсией в возрасте от 32 до 39 лет, которые в течение 10–12 недель принимали пролонгированный нифедипин в дозе 30 мг/сут и метилдопа в дозе 500–1000 мг/сут. Проведена оценка профиля артериального давления, ультразвуковое исследование плода, доплерометрия плацентарного кровотока.

### Результаты

Показатели систолического артериального давления (АД) и диастолического артериального давления у обследуемых составляли  $155,3 \pm 4,2$  и  $102,6 \pm 6,0$  мм рт. ст. Исходно наблюдались отеки голеней 1 степени, отеки кистей, лица. Выраженность протеинурии была минимальной – от следов белка в суточном объеме мочи до 0,3 мг/мл. В течение минимум 4 недель приема препаратов отмечено достоверное снижение систолического АД и диастолического АД на 28,5% и 20,1% соответственно ( $p < 0,05$ ). Стабильное поддержание уровня АД не ниже 125/85 мм рт. ст. наблюдалось в течение дальнейшего времени приема препаратов. Нарушение маточноплацентарного и фетоплацентарного кровотока не было отмечено (оценка индекса резистентности в маточных артериях, артерии пуповины). Масса плода соответствовала сроку гестации. По данным кардиотокографии наблюдалась низкая вариабельность сердечного ритма у 2 беременных.

### Заключение

Сочетанное применение пролонгированного нифедипина и метилдопы в рекомендуемых дозах является безопасным и эффективным у беременных с умеренной преэклампсией. Терапия позволяет достичь умеренного и стабильного снижения





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

уровня артериального давления без чрезмерной гипотензии и не оказывает негативного влияния на биофизический профиль плода, показатели маточноплацентарного и фетоплацентарного кровотока.

## ЗНАЧЕНИЕ «ЖЕСТКОЙ» ГИПЕРУРИКЕМИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Орешников Е.В., Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Орешникова С.Ф., Орешников А.В.  
*Чувашский государственный университет*  
*г. Чебоксары*

### Цель

Наше внимание привлекла связь гиперурикемии (ГУ) – не всеми признанного симптома преэклампсии с развитием экламптических судорог у рожениц и родильниц.

### Материалы и методы

Обследовано 33 пациентки с преэклампсией, у которых, кроме общепринятого клинико-лабораторного обследования, осуществляли забор венозной крови, и - в ходе выполнения спинальной анестезии – забор ликвора, затем проводили спектрофотометрическое определение концентрации аденина, гуанина, гипоксантина, ксантина, мочевой кислоты (МК),

### Результаты

Установили, что между ГУ и экламптическими судорожными приступами существует клинико-патобиохимическая взаимосвязь: «жесткая» ГУ – наиболее выраженный неблагоприятный метаболический маркер, предиктор и, возможно, прямой фактор трансформации преэклампсии в судорожную эклампсию. Высокие значения содержания оксипуринов (гипоксантина, ксантина и мочевой кислоты) в ликворе – также неблагоприятный прогностический признак для пациенток с преэклампсией.

### Заключение

«Жесткая» гиперурикемия и критически повышенный уровень других оксипуринов у пациенток с преэклампсией как в сыворотке крови, так и в ликворе – прогностически достоверный предиктор трансформации даже нетяжелой преэклампсии в судорожную эклампсию.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ОСОБЕННОСТИ СЕДАЦИИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОЖЕНИЦ С ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Орешников Е.В., Орешникова С.Ф., Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Орешников А.В.

*Чувашский государственный университет  
г. Чебоксары*

### **Цель**

Пневмония, вызванная COVID-19, которая осложняет течение беременности, требует рационального выбора седации и респираторной поддержки для обеспечения СА.

### **Материалы и методы**

Безопасность проведения СА обеспечивалась временным прекращением применения гепариноидов в периоперационном периоде. СА выполнялась исключительно в положении сидя, затем пациентка переводилась в горизонтальное положение с приподнятым головным концом на 30–45 градусов (в зависимости от потребности).

### **Результаты**

Респираторная поддержка на всех этапах подготовки, проведения и проведения анестезии проводилась путем высокопоточной оксигенации (ВПО) через назальную канюлю и неинвазивная механическая вентиляция легких через лицевую маску. Поддержание нормотензии обеспечивалось внутривенным болюсным введением фенилэфрина, седация обеспечивалась внутривенным болюсным введением малых доз пропофола или кетамина.

Описанные выше особенности СА были использованы нами при проведении КС у 30 рожениц с тяжелым течением коронавирусной пневмонии. Принципы проведения СА для КС при коронавирусной пневмонии были следующими:

- 1) положение сидя-полусидя на всех этапах периоперационного периода;
- 2) постоянная респираторная поддержка, преимущественно ВПО;
- 3) немедленный перевод в прон-позицию сразу после завершения операции;
- 4) преимущественное использование небольших доз (0,5–1 мг/кг) кетамина (а не пропофола!) для седации при КС.

Такой подход гарантировал отсутствие необходимости использования общей анестезии с интубацией трахеи при КС.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## **Заключение**

СА в положении полусидя, дополненная ВПО и седацией кетаминном, является методом выбора для обеспечения КС у пациенток с тяжелой коронавирусной пневмонией.

## ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Рахмонова Ш.Х., Курбанов Б.Б.

*ТашПМИ*

*г. Ташкент. Узбекистан*

## **Цель**

Оценить эффективность терапии наружного генитального эндометриоза, основанной на оценке тяжести ассоциированной с болезнью тазовой боли.

## **Материалы и методы**

В основу диссертационного исследования положен анализ комплексного обследования и лечения 60 женщин репродуктивного возраста с морфологически подтвержденным наружным генитальным эндометриозом. Было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование. Шкала ВАШ. Также инструментальные исследования: УЗИ, кольпоскопия.

## **Результаты**

В заключение хочется подчеркнуть, что ведение пациенток с ТБ при НГЭ должно основываться на детальном изучении анамнеза пациентки, с учетом наиболее типичных факторов риска; клиничко-инструментальном обследовании, с целью исключения других возможных причин ТБ; объективизации жалоб пациенток с помощью специального опросника по боли, для верификации интенсивности болевого синдрома и, в конечном счете, формирования комплексной алгоритмической картины заболевания для патогенетически обоснованного лечения. Выбор лекарственной терапии должен зависеть от варианта течения заболевания и интенсивности болевого синдрома, с оценкой эффектов ранее проведенного лечения.

## **Заключение**

1. Факторами риска тазовой боли, обусловленной наружным генитальным эндометриозом, являются искусственные аборты, дисменорея; обильные менструации; отсутствие родов в анамнезе, астенический конституциональный морфотип.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

2. Интенсивность тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе не зависит от размеров эндометриом, их расположения и стадии заболевания. 3.Терапия с использованием диеногеста и аГНРГ достоверно снижает интенсивность тазовой боли, обусловленной наружным генитальным эндометриозом. Эффективность лечения диеногестом и аГНРГ сопоставима.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕНОГЕСТА И АГНРГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ.

Рахмонова Ш.Х., Курбанов Б.Б.

ТашПМИ

г. Ташкент. Узбекистан

### Цель

Оценить результаты терапии диеногестом и аГНРГ пациентов с наружным генитальным эндометриозом с ХТБ.

### Материалы и методы

Проведен анализ 45 женщин репродуктивного возраста с морфологически подтвержденным наружной генитальный эндометриоз. Было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование. Собран детальный анамнез, проведен общий и объективный осмотр, исследован гинекологический статус пациенток, лабораторная диагностика в объеме.

### Результаты

Агонисты ГНРГ и диеногест достоверно снижали интенсивность слабого и умеренного болевого синдрома при НГЭ. Выраженный болевой синдром труднее поддавался лечению и риск рецидива при этом был выше после лечения диеногестом, чем аГНРГ. При лечении диеногестом к концу 6 мес от начала терапии успех был достигнут у всех пациенток со слабой и умеренной интенсивностью ТБ, по сравнению с группой ТБ выраженной интенсивности. Несмотря на некоторое снижение эффекта во всех клинических группах к 12 мес, у пациенток со слабой и умеренной интенсивностью ТБ результат лечения диеногестом по-прежнему оставался лучше. К 12 мес снижение болевого синдрома произошло у достоверно меньшего числа пациенток с выраженной интенсивностью ТБ, чем со слабой болью. Терапия с использованием диеногеста и аГНРГ достоверно снижает интенсивность тазовой боли, обусловленной наруж-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

ным генитальным эндометриозом. Эффективность лечения диеногестом и аГнРГ сопоставима. При слабой и умеренной интенсивности тазовой боли, обусловленной наружным генитальным эндометриозом, препаратом выбора является диеногест, при выраженной целесообразно назначение аГнРГ. У пациенток, имеющих клинико-анамнестически факторы риска с целью профилактики рецидива показана долгосрочная терапия диеногестом.

## Заключение

Пациентки, входящие в группу риска по реализации тазовой боли, подлежат обязательной медикаментозной терапии с использованием диеногеста или аГнРГ после оперативного лечения независимо от стадии и распространенности очагов наружного генитального эндометриоза.

## МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Савицкая В.М., Дражина О.Г., Кузнецов Я.О., Бобкова В.Д.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, УЗ «5 городская клиническая поликлиника»  
г. Минск*

## Цель

выявить особенности течения беременности и родов у женщин с многоплодием, забеременевших самостоятельно и с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

## Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 25 историй родов женщин с многоплодной беременностью. В зависимости от метода достижения многоплодной беременности женщин разделили на две группы: 1-я группа – 17 (68%) женщин с беременностью, достигнутой методом вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), 2-я – 8 (32%) женщин со спонтанной беременностью.

## Результаты

Средний возраст беременных составил – 32 года (+\_ 0,65 лет). При анализе паритета родов выявлено, что у 75% женщин с беременностью после ЭКО ожидалось первые роды, у 25% – вторые. Среди женщин со спонтанной беременностью первые роды –



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

у 45% женщин, вторые – у 50%, третьи – у 5%. В структуре причин бесплодия в нашем исследовании преобладали миома матки и патология маточных труб.

Спектр заболеваний мочеполовой системы оказался шире в группе «ЭКО» (1 группа), здесь преобладали: аднексит, вагинит, миома матки, эндометриоз и пр. нозологии, которые являются более частой причиной длительного бесплодия и невынашивания беременности.

В течение беременности у 70% женщин после ЭКО развились такие осложнения, как преэклампсия, у 55% – анемия. Следует отметить, что у 25% женщин из этой группы наблюдалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, у 15% беременность осложнялась кровотечениями, что потребовало госпитализации в стационар на различных сроках беременности. У женщин со спонтанной беременностью среди всех осложнений на первом месте были анемия и угроза прерывания беременности (по 70%), на втором – кольпит (60%), на третьем месте – угроза преждевременных родов (55%). Доля самостоятельных родов в группах составила 5% (1 группа) и 15% (2 группа) соответственно.

## Заключение

В первой группе 75% женщин были первородящими, 65% из них – возрастные, во второй 45% – первородящие, возрастные – 15%, таким образом, женщины имели уже сопутствующую генитальную и экстрагенитальную патологию. Частота преждевременных родов в 1 группе была в 2 раза выше, чем во 2 группе, родоразрешение с помощью операции кесарева сечения в 1 группе было в 95% (экстренная операция – в 40%), во второй – 75% (экстренная операция – в 25% случаев). Объем кровопотери в обеих группах не превышал допустимую норму.

## ФОНОВЫЕ ФАКТОРЫ МИОМЫ МАТКИ

Савицкая В.М.<sup>1</sup>, Дражина О.Г.<sup>1</sup>, Недень Л.Ч.<sup>1</sup>, Рубинштейн И.А.<sup>2</sup>, Рубинштейн Ю.Д.<sup>2</sup>.

1) Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,

2) УЗ «Городской клинический родильный дом No2»

г. Минск

## Цель

выявить предрасполагающие факторы и основные причины возникновения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 43 медицинских карт пациенток с диагнозом «Миома матки». Проанализированы результаты комплексных клинико-лабораторных методов: анализ крови на половые гормоны, уровень глюкозы в крови, общий анализ крови, биохимическое исследование крови, гемостазиограмма; ультразвуковое исследование матки и придатков.

## Результаты

Средний возраст пациенток составил  $31 \pm 1.61$  год. Всем проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, отдельное диагностическое выскабливание или аспирационная биопсия эндометрия (в зависимости от возраста пациенток), как первый этап подготовки к оперативному лечению. В большинстве случаев миома матки никак себя не проявляла и оказалась случайной находкой, что потребовало более углубленного исследования. В нашем исследовании основными неспецифическими симптомами для диагностики миомы были: боли внизу живота или в области поясницы, кровотечения, изменения менструального цикла, нарушение функции соседних органов: учащенное мочеиспускание, нарушение функции кишечника.

Мы проанализировали социальные факторы исследуемых женщин: 19% женщин имели неудовлетворительные социально-бытовые условия, преморбидный фон, в том числе особенности менструального цикла. По данным литературы и нашим данным отмечена (с точки зрения патогенеза и характеристики факторов риска развития заболевания) у 21% женщин тенденция к зависимости между возникновением опухоли и различными отклонениями в периоде становления менструальной функции – позднее менархе, нарушение менструального цикла, полименорея, которые возникали в различные возрастные периоды, имели неоднородный характер и сопровождались по данным гормонотрии у 12% женщин снижением уровня продукции эстрогенов, у 24% – их избытком, у 10% прогестерондефицитным состоянием.

При анализе репродуктивной функции мы обратили внимание, что высокая частота медицинских абортс с воздействием других факторов может способствовать развитию миомы. Однако мы не нашли достоверной взаимосвязи между возрастом начала половой жизни и возникновением опухоли. Но абсолютно достоверно можно сказать, что чаще миомы матки встречаются у нерожавших женщин, поздно начавших или ведущих нерегулярную половую жизнь.

При анализе соматического статуса мы пришли к выводу, что заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются в 2 раза чаще, частота анемий в 20 раз выше, чем в общей популяции, гипертоническая болезнь встречалась у 8%, ожирение у 10% женщин. 12% женщин умственного труда, связанного с частым эмоциональным перенапряжением, малоподвижным образом жизни имели миому. В 40% миома связана с генетическим фактором – «семейные формы».





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Заключение

Можно сделать вывод, что основными факторами развития миомы матки являются: наследственность, образ жизни, социальная обстановка, нарушения менструального цикла, репродуктивная функция, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии.

У женщин с миомой матки следует проводить регулярное УЗИ органов малого таза с оценкой толщины и эхоструктуры эндометрия не реже 1 раза в год. При подозрении на гиперпластический процесс эндометрия должна быть выполнена гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия или в сочетании с раздельным диагностическим выскабливанием.

## ТРЕТИЙ ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ И ИНФАРКТ МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Веккер И.Р., Ржанников А.С.  
ГАУЗ Оренбургская областная клиническая больница No2, Областной  
перинатальный центр  
г. Оренбург

## Цель

Представить результат работы региональной мультидисциплинарной команды при ведении беременной пациентки с инфарктом миокарда в третьем триместре.

## Материалы и методы

Ретроспективный анализ клинического случая кардиохирургического вмешательства, выполненного в Региональном сосудистом центре Оренбургской областной клинической больницы и последующего родоразрешения повторнородящей пациентки, беременность которой осложнилась развитием инфаркта миокарда в 37 недель беременности.

## Результаты

Пациентка Н., 34 года, VI беременность, на учете в женской консультации с 10 недель беременности. Соматическая патология: Ожирение (ИМТ=30), никотинозависимость, артериальная гипертензия 3 степени, риск 2. 11.01.2023 г.(37 недель) -первый эпизод болей за грудиной с иррадиацией в обе руки, от госпитализации в Областной перинатальный центр (ОПЦ) ГАУЗ «Оренбургской областной клинической больницы №2» отказалась. 13.01.2023 обратилась в районную больницу с жалобами на усиление болей за грудиной. Эвакуирована в ОПЦ. По результатам электрокардиографии (подъем



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

сегмента ST с V1-V5 до 1 мм, депрессия ST II, III, aVF отведениях), учитывая положительный тропониновый тест, клинические данные выставлен диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Q-инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST передне-перегородочно-верхушечно-боковой области левого желудочка. Гипертоническая болезнь 3 стадии, ухудшение. Контролируемая артериальная гипертония, риск 4. VI беременность 37 недель. Перевод в РСЦ 13.01.23г. в 20:35. При поступлении: состояние крайне тяжелое, пульсация на артериях не определялась. Кожный покров бледного цвета, периферических отеков нет. Дыхание поверхностное, хрипов нет, частота дыхательных движений 26 в минуту, сатурация кислорода 92 %. На ЭКГ – фибрилляция желудочков. Выполнена однократная дефибрилляция 160 кДЖ. В 20:44 пациентка пришла в сознание, по ЭКГ синусовый ритм восстановлен. После восстановления гемодинамики, стабилизации состояния проведена коронароангиография: выявлена окклюзия передней нисходящей артерии. Одномоментно в экстренном порядке выполнена операция: реканализация, ангиотромбэктомия из передней нисходящей артерии, балонная ангиопластика и стентирование передней нисходящей артерии и диагональной ветви. С 23–00 13.01.23 развилась спонтанная родовая деятельность. Проведен мультидисциплинарный консилиум (акушер-гинеколог, кардиолог, кардиохирург). Роды решено вести консервативно с укорочением потужного периода с укорочением II периода, используя вакуум-экстракцию плода. 14.01.23 г. в 00:50 родила доношенного мальчика с оценкой по шкале Апгар 7–8 б. Родильница продолжила лечение в реанимации, а затем в кардиологическом отделении. Выписана домой под динамическое наблюдение акушера-гинеколога, кардиолога, терапевта по месту жительства.

## **Заключение**

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует сложности оказания медицинской помощи полиморбидным пациентам. Позитивный результат работы региональной мультидисциплинарной команды при ведении беременной пациентки с инфарктом миокарда в третьем триместре свидетельствует о эффективности региональной маршрутизации, слаженной работе команд различного профиля. Всем женщинам, планирующим беременность должна проводиться соответствующая предгравидарная подготовка, а во время беременности – динамическое наблюдение мультидисциплинарной командой.



## **АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

В начало

Содержание

# Организация медицинской помощи новорожденным

## **ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД**

Васильев С.А., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Виктор С.А.

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
«Мать и дитя»*

*г. Минск*

### **Цель**

Определить влияние длительности латентного периода (ЛП) при преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ) на перинатальный исход.

### **Материалы и методы**

В ретроспективное исследование включено 219 беременных женщин с ПИОВ в сроке беременности 154–196 дней с ЛП (период от ПИОВ до родоразрешения) от 1 до 43 дней.

### **Результаты**

Длительность ЛП была разделена на 4 промежутка: 0–1 день, 2–3 дня, 4–7 дней, 8 дней и более. Удельный вес беременных женщин с разным ЛП составил: при ЛП 0–1 день – 22,8% (50 беременных), при ЛП 2–3 дня – 26,0% (57 беременных), при ЛП 4–7 дней – 25,6% (56 беременных), при ЛП 8 дней и более – 25,6% (56 беременных). Средний ЛП составил 4 (2–8) дней. Показанием для родоразрешения в первые сутки после ПИОВ (ЛП 0–1 день) являлось наличие хориоамнионита (ХА) по данным клинического и лабораторного исследования в 52,0% случаев, при ЛП 2–3 дня – в 38,6% случаев, при ЛП 4–7 дней – 42,9% случаев, при ЛП 8 дней и более – в 35,7% случаев.

По данным гистологического исследования последов с увеличением ЛП после ПИОВ не наблюдался рост инфекционно-воспалительного поражения последа. Удельный вес пациенток с инфекционно-воспалительным поражением последа в зависимости



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

от длительности ЛП после ПИОВ составил: ЛП 0–1 день – 79,6%, ЛП 2–3 дня – 84,3%, при ЛП 4–7 дней – 67,3%, при ЛП 8 дней и более – 65,4%.

Длительность ЛП не оказывала отрицательного влияния на бальную оценку новорожденных по шкале Апгар на 1 минуте. С оценкой по шкале Апгар 7 баллов и менее родилось при ЛП 0–1 день – 91,8%, ЛП 2–3 дня – 82,5%, при ЛП 4–7 дней – 83,9%, при ЛП 8 дней и более – 62,5% новорожденных. Проведение комплексной терапии (антибиотикотерапии с курсом кортикостероидов для профилактики респираторного дистресс синдрома новорожденного) увеличивало вероятность рождения младенцев без асфиксии с 8,2% (при ЛП 0–1 день) до 37,5% при ЛП 8 дней и более. Неонатальная смертность в зависимости от длительности ЛП составила: ЛП 0–1 день – 30,0%, ЛП 2–3 дня – 14,0%, при ЛП 4–7 дней – 17,9%, при ЛП 8 дней и более – 8,9%.

## Заключение

Длительность ЛП после ПИОВ не приводит к росту инфекционно-воспалительного поражения последа, а проведение антенатально комплексной терапии улучшает перинатальные исходы.

## ТОЛЩИНА ФЕТАЛЬНАЯ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКА КАК МАРКЕР НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФЕТАЛЬНОЙ МАКРОСОМИИ

Виктор С.А.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
«Мать и дитя»  
г. Минск

## Цель

Определить особенности толщины фетальной подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) при формировании непропорциональной формы фетальной макросомии (ФМ).

## Материалы и методы

В проспективное исследование включено 113 беременных женщин без нарушений углеводного обмена в сроке 37/0 недель и более с массой тела новорожденного (МТн) 4000 г и более (Гр1, 37 случаев) и МТн 2500–3999 г (Гр2, 76 случаев).



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

Для макросомных новорожденных проведена оценка пропорциональности физического развития с расчетом масса-ростового индекса и его центильной оценкой относительно гестационного возраста и пола новорожденного (МРИцент) с использованием онлайн калькулятора INTERGROWTH-21st. Гр1 разделена на 2 подгруппы: Гр1а – макросомные пропорционально развитые новорожденные (МРИ цент < 90 центиля, 17 случаев), Гр1б – макросомные непропорционально развитые новорожденные (МРИ цент  $\geq$  90 центиля, 20 случаев). Проведена оценка данных ультразвуковой фетометрии (измерение толщины ПЖК в области живота (ПЖКЖ), средней трети плеча (ПЖКП) и средней трети бедра (ПЖКБ)).

В Гр1 толщина фетальной ПЖКЖ, ПЖКП и ПЖКБ была статистически значимо больше по сравнению с Гр2 (ПЖКЖ 4,3 (3,7–4,9) мм и 3,2 (2,6–3,6) мм соответственно,  $p < 0,001$ ; ПЖКП 3,7 (2,9–4,3) мм и 2,8 (2,3–3,3) мм,  $p < 0,001$ ; ПЖКБ 4,2 (4,0–4,7) мм и 3,4 (2,8–4,1) мм,  $p < 0,001$ ). При сравнении данных показателей в подгруппах толщины ПЖКЖ и ПЖКБ была больше в Гр1б (ПЖКЖ 4,0 (3,4–4,2) мм и 4,8 (4,2–5,3) мм соответственно,  $p = 0,003$ ; ПЖКБ 4,0 (2,9–4,1) мм и 4,6 (4,2–4,9) мм,  $p < 0,001$ ). Статистически значимых различий по толщине ПЖКП в подгруппах выявлено не было (3,3 (2,8–4,1) мм и 3,9 (3,1–4,6) мм соответственно,  $p = 0,128$ ). Рассчитаны пороговые значения ПЖК в диагностике непропорциональной формы фетальной макросомии: ПЖКЖ 4,3 мм и более (AUC 0,85 (0,74–0,96),  $p < 0,001$ , Se 75,0%, Sp 90,3%); ПЖКБ 4,2 мм и более (AUC 0,85 (0,75–0,96),  $p < 0,001$ , Se 95,0%, Sp 78,5%).

## Заключение

Толщина фетальной ПЖКЖ 4,3 мм и более и ПЖКБ 4,2 мм и более является маркером непропорциональной формы фетальной макросомии и позволяет антенатально диагностировать пропорциональность развития плода у женщин без нарушений углеводного обмена с целью оптимизации плана родоразрешения и объема оказания медицинской помощи новорожденным в раннем неонатальном периоде.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИКРОФЛОРЫ И СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Дражина О.Г., Савицкая В.М., Илькевич Н.Г., Саржевская Е.А., Гойлова А.В.,  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УО  
«Белорусский государственный медицинский университет», УЗ «6-я городская  
клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь  
г. Минск, Республика Беларусь

### Цель

Провести анализ мониторинга патологической микрофлоры, позволяющий снизить риск развития внутрибольничной инфекции в отделениях перинатального центра.

### Материалы и методы

Забор материала для микробиологического исследования отделяемого из родовых путей у беременных, рожениц и посевов в детских отделениях новорожденных (нос, ухо, пуп, зев, глаз) по показаниям проводился с внесением данных в систему WHONET в течение 2022 года. В педиатрическом отделении для новорожденных всего забран материал из 1038 изолятов.

### Результаты

Работа перинатального центра в 2022 году проходила 2 месяца в условиях с ковидной инфекцией у беременных, рожениц и родильниц, 2 месяца в «смешанном» и 1 месяц в обычном режиме до полного выхода из статуса инфекционного стационара. После проведения профилактической дезинфекции стационар продолжил функционировать следующие 7 месяцев в обычном режиме родильного дома.

В посевах из акушерских отделений на первом месте (по встречаемости) стоит кишечная палочка, далее места распределили между собой энтерококк, стрептококк агалация, золотистый стафилококк и клебсиелла пневмония. В отделении для новорожденных – кишечная палочка, стрептококк агалация, энтерококк, актинетобактер, энтеробактер. В педиатрическом отделении из 1038 изолятов рост дали 982 посева: 91 с нормальной и 891 с эпидемиологически значимой микрофлорой. При анализе микрофлоры педиатрического отделения обратило внимание резкое увеличение в структуре непонятно «появившихся» гемолитического стафилококка, золотистого стафилококка и клебсиеллы. При этом штаммы гемолитического стафилококка стали приобретать признаки мультисистемной резистентности с экстремально резистент-





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

ными штаммы. Он не являлся преобладающим в акушерских отделениях и отделении реанимации для новорожденных, а при анализе выявлена его 100% резистентность к пенициллину, кларитромицину, эритромицину и 33,3% к клиндамицину. В посевах из отделения новорожденных наблюдалась 100% его резистентность к представленной панели. Для педиатрического отделения для новорожденных была характерна 100% резистентность к пенициллину, эритромицину, левофлоксацину, 97,3% к кларитромицину и 25,8% к клиндамицину. За первые 6 месяцев года у 94 детей при поступлении в отделение высевался гемолитический стафилококк. Из них 22 новорожденных были переведены из отделения детской реанимации, 72 ребенка из отделения для новорожденных. По результатам анализа за 4 месяца была проведена профилактическая дезинфекция. В результате проведенных мероприятий в мае-июне 2022 года только в 9 посевах был выделен гемолитический стафилококк, а во втором полугодии 2022 года гемолитический стафилококк не выявлен в акушерских отделениях, отделении для новорожденных детей, имел снижение в 3 раза в детской реанимации и педиатрическом отделении для новорожденных.

## Заключение

По результатам работы педиатрического отделения для новорожденных за 6 месяцев гемолитический стафилококк составлял 17,2% в структуре значимых из высеваемых микроорганизмов. После проведения профилактической дезинфекции этот показатель снизился до 14,8% (за весь календарный год).

Знание проблемы, своевременное проведение мероприятий в системе инфекционного контроля в целом по медицинскому стационару позволяет наладить эффективную работу по выявлению патологической флоры в перинатальном центре и снизить риск развития внутрибольничной инфекции в отделениях





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ 25(OH)D НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2

Косинова С.Р., Петрушина А.Д., Яркова И.А., Картоева З.Ю.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, ГБУЗ ТО «Перинатальный центр»  
г. Тюмень

### Цель

анализ течения неонатального периода с учетом уровней 25(OH)D у новорожденных детей, рожденных от матерей с подтвержденной инфекцией Sars-cov-2

### Материалы и методы

Обследованы 67 пар мать-новорожденный. Количественное определение 25(OH)D в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка проводилась в Excel Microsoft Office 2010, статистически значимы различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты

Преобладали повторнوبرеменные повторнородящие женщины – 47 (70,1%). 51 (76,1%) женщина принимали витаминно-минеральные комплексы во время беременности. Все новорожденные были доношенными, срок гестации –  $39,2 \pm 1,09$ . Из них 33 мальчиков и 34 девочки (49,2% и 50,8% соответственно). Естественным путем родились 31 (46,3%) новорожденный. В удовлетворительном состоянии родились 57 (85,1%) ребенка. У всех детей, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте менее 8 баллов, был выявлен дефицит 25(OH)D. Статистически значимых различий по половому составу и физическому развитию при рождении не было выявлено ( $p > 0,05$ ). Доля детей без патологических состояний и ВПР составила 14,7% ( $n=10$ ). Дыхательные нарушения отмечались у 11 (16,4%) новорожденных, из которых 5 (45,5%) имели дефицит 25(OH)D. Неонатальная желтуха регистрировалась у 19 (28,4%) детей, из которых 7 (36,8%) были достаточно обеспечены 25(OH)D ( $>30$  нг/мл). Ишемия головного мозга отмечалась у 12 (17,9%) младенцев, при этом только у 1 (8,3%) отмечен нормальный уровень витамина D. ВПР были выявлены у 15 (22,45%) новорожденных, а ВПС – у 18 (26,9%), из которых имели нормальный уровень 25(OH)D только 2 (13,3%) и 1 (5,5%) ребенок соответственно. Медиана 25(OH)D у новорожденных составила 19,1 [5,5; 58,5] нг/мл. Медианный уровень 25(OH)D в крови у матерей составил 16,3 [6,3; 56,6] нг/мл.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

Отмечена высокая прямая корреляционная связь между уровнем витамина D у матерей и новорожденных: коэффициент корреляции Спирмена  $r = 0.882$ , зависимость признаков статистически значима ( $p < 0,05$ ). Чаще регистрировался дефицит витамина D: у 37 (55,2%) матерей и 36 (53,7%) детей, причем крайне выраженный дефицит (менее 10 нг/мл) выявлен у 18 (26,9%) женщин и 14 (20,9%) младенцев.

## Заключение

Распространенный дефицит 25(OH)D среди беременных и новорожденных детей требует организации своевременного скрининга за уровнем витамина D и адекватного персонализированного лечения гиповитаминоз D. Единого мнения в отношении оптимального содержания 25(OH)D в крови у новорожденных и недоношенных детей нет, поэтому необходимы высококачественные рандомизированные клинические испытания в отношении определения адекватных доз добавок витамина D во время беременности, лактации и грудного возраста.

## СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Лялюшкина А.Л., Озябкина Е.Н., Лобанов А.В.  
ГБУЗ АО АОКБ  
г. Архангельск

## Цель

снижение показателей материнской, младенческой и перинатальной смертности в Архангельской области за счет повышения качества и доступности медицинской помощи

## Материалы и методы

Автоматизированная информационная система мониторинга родовспоможения (АИСМР) в Архангельской области внедрена в 2018 г. Создана на основе МИС "Ариадна". Разработаны протоколы для новорожденных (неонатальный регистр), объем и формат вносимых данных соответствует действующему порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

Лечащий врач заполняет протокол постановки на учет в перинатальный регистр. Врач консультант оформляет рекомендации по итогам консультации с контролем выполнения рекомендаций. Исключение из регистра новорожденных проводится по факту выписки из неонатального стационара.

В экстренных ситуациях, проводится телефонная консультация по единому номеру, далее лечащий врач заполняет регистр. Врач консультант заполняет карту консультации. При необходимости, к консультации привлекаются узкие специалисты, проводятся телемедицинские консультации, в том числе, с проведением УЗИ, Эхо-КГ on-line.

Решение об эвакуации новорожденного принимает врач-консультант после дистанционной оценки критериев транспортабельности ребенка по принятому в учреждении чек-листу. Проводится оценка транспортного индекса риска физиологической стабильности новорожденного по шкале TRIPS. В случаях, когда риск от продолжения интенсивной терапии на месте и от транспортировки являются сопоставимо высокими проводится консилиум с решением о необходимости транспортировки или продолжении терапии на месте.

Все дети, нуждающиеся в оказании интенсивной терапии и реанимационной помощи эвакуируются в ПЦ бригадой Отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи (ОЭКСП) ГБУЗ АО «АОКБ».

После согласования медицинской эвакуации, лечащим врачом делается заявка диспетчеру ОЭКСП. Она формирует медицинскую бригаду, состоящую из врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры. Для транспортировки на дальние расстояния используется самолет «Л-410», на средние расстояния вертолёт «Ми 8» оснащённый медицинским модулем, на небольшие расстояния используются специально оборудованные реанимобили класса «С».

Подготовка пациента к транспортировке до прибытия неонатальной бригады проводится силами медицинских работников ГМО, где находится новорожденный, в соответствии с рекомендациями врача НДКК.

При прибытии неонатальной бригады проводится повторная оценка транспортабельности новорожденного.

Во время межгоспитальной транспортировки проводится аппаратный мониторинг жизненно важных функций новорожденного, физикальное наблюдение и продолжается терапия, начатая до медицинской эвакуации

## Заключение

За пять лет работы проведено более 15 тысяч консультаций по средствам АИСМР, 2000 экстренных телефонных консультаций. Эвакуировано 813 новорожденных, из них 35% на ИВЛ и 13% на кардиотонической терапии

Оптимальная эвакуация – эвакуация беременной женщины. К сожалению, это не всегда возможно. Разработка системы мониторинга новорожденных позволяет



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

контролировать и максимально рано осуществить специализированную помощь новорожденным на всей территории большой области. Основная цель не только снижение младенческой смертности, но и повышение качества жизни пациентов

## ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСОВ СУРРОГАТНОЙ ОЦЕНКИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Прилуцкая В.А., Гончарик А.В.

*Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск*

### Цель

оценить взаимосвязи производных индексов триглицеридов крови в диадах «мать-дитя» и антропометрических показателей новорожденных с различной массой тела при рождении.

### Материалы и методы

На базе РНПЦ «Мать и дитя» обследовано 211 диад «мать-дитя». Все новорожденные – доношенные. Мальчиков 112 (53,1%), девочек 99 (46,9%). Расчет индекса  $TyG$  осуществляли по формуле:  $Ln[\text{триглицериды (мг/дл)} \times \text{глюкоза (мг/дл)} / 2]$ . Индекс  $TG/ХС\text{-ЛПВП}$  рассчитывали по формуле:  $TG \text{ (ммоль/л)} / ХС\text{-ЛПВП (ммоль/л)}$ . Статобработка выполнена в Statistica.

### Результаты

Среди матерей было 133 (63,0%) с нормальным прегравидарным индексом массы тела (ИМТ), 78 (37,0%) – с показателем, превышающим 25,0 кг/м<sup>2</sup>. Масса тела (МТ) до беременности женщин составила 70 (57–80) кг, гестационная прибавка МТ – 13 (10–16) кг. Среди новорожденных крупновесных к сроку гестации было 104 младенца (группа 1, Gr1), маловесных – 50 (Gr2), нормовесных – 57 (Gr3). Индекс  $TyG$  крови у женщин составил  $9,2 \pm 0,56$ , у новорожденных – 6,7 (5,9–7,9), индекс  $TG/ХС\text{-ЛПВП}$  – 1,65 (1,23–2,32) и 0,43 (0,16–1,34) соответственно. Индекс  $TyG$  при гестационном сахарном диабете (ГСД) у женщин был 9,7 (9,3–10,0) против 9,1 (8,8–9,5) у женщин без ГСД ( $p=0,001$ ), при ожирении и избыточной МТ также был статистически значимо выше



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

( $p < 0,001$ ). Индекс  $TyG$  матерей крупновесных детей – 9,3 (9,0–9,6), маловесных – 9,0 (8,8–9,3), нормовесных – 9,1 (8,8–9,4),  $p = 0,013$ ,  $p_1 - 2 = 0,018$ . Индексы  $TyG$  и ТГ/ХС-ЛПВП пуповинной крови имели значимые различия с учетом прегравидарного ИМТ женщин ( $p = 0,041$  и  $p = 0,019$ ). Значения индекса  $TyG$  матерей статистически значимо ( $p < 0,05$ ) коррелировали с МТ ( $r = 0,237$ ), ИМТ ( $r = 0,260$ ) и z-score МТ новорожденных ( $r = 0,246$ ). Величина  $TyG$  пуповинной крови Gr2 ассоциирована ( $p < 0,05$ ) с МТ ( $r = -0,346$ ), длиной ( $r = -0,311$ ) и окружностью груди пациентов неонатального возраста ( $r = -0,348$ ).

## Заключение

Установлены значимые различия индексов  $TyG$  и ТГ/ХС-ЛПВП с учетом прегравидарного ИМТ и наличия гестационного сахарного диабета у матерей, соответствия новорожденных гестационному возрасту. У крупновесных новорожденных повышен уровень  $TyG$ . Выявлены ассоциации между индексами  $TyG$  в диадах «мать-дитя» и антропометрическими показателями детей, что может свидетельствовать о вкладе инсулинорезистентности в формирование макросомии.

## НЕИНВАЗИВНЫЙ СКРИНИНГ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ДАУНА.

Тоноян Л.А., Маркова Е. В., Якубова Д.И.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава РФ  
г. Москва

## Цель

Оценить частоту инвазивной диагностики в группе с промежуточным риском комбинированного скрининга и при выявлении отклонений в показателях биохимического скрининга.

## Материалы и методы

Анализируются истории 46 беременных с одноплодной беременностью, с отклонениями биохимических показателей при проведении скрининга из группы промежуточного риска, наблюдающихся в условиях женской консультации. Изучались показатели комбинированного скрининга и неинвазивного тестирования.

## Результаты

Средний возраст обследованных составил 32,5 г (25–42 лет). Среднее значение фетальной фракции в данной группе беременных составило 10,8%, что может указы-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

вать на достоверность полученных результатов. Тестирование проводилось при сроке 12,1 нед (10,1–12,5 нед). Набор генетических нарушений при неинвазивном пренатальном тесте включал: исследование на трисомию 21, но были и расширенные тесты с включением обнаружений рисков других анеуплоидий (трисомия 18, 13, Трисомия X, состояние XXУ, ХУУ,ХХУУ). Концентрация В-ХГЧ в среднем составило – 3658 МоМ (3424–3,892 МоМ), концентрация РАРР –А в среднем составило -0,428 МоМ (0,385–0,477 МоМ). Все они были в группе среднего риска по Трисомии 21, в среднем в пределах 1/438 (1/282–1/650). В данной группе не было выявлено ультразвуковых признаков хромосомной аномалии. Очень низкий риск синдрома Дауна у пациенток по результатам неинвазивного теста был подтвержден рождением здоровых детей.

## Заключение

Использование неинвазивного пренатального тестирования для данной группы пациентов, снижает частоту инвазивной диагностики, не влияя на частоту выявления синдрома Дауна, а также значительно снижает частоту ложноположительных результатов, что, в свою очередь, резко снижает потребность в инвазивной диагностической операции. Использование неинвазивного теста в качестве дополнения к комбинированному скринингу помогает снизить количество нежелательных инвазивных диагностических операций.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Хаджилаева Ф.Д.

ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
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 сверхранных преждевременных родов РГБЛПУ «Республиканский перинатальный центр» г. Черкесска, беременность которых осложнилась дородовым излитием околоплодных вод в сроки гестации 22–26 недель.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

Всем беременным проводилась антибиотико-профилактика цефалоспоридами 3 поколения для предупреждения инфекционных осложнений у матери и для снижения риска внутриутробной инфекции у плода. Профилактика РДС у плода проводилась беременным глюкокортикостероидами по схеме дексаметазон 6 мг в/м каждые 12 часов или бетаметазон 12 мг в/м каждые 24 часа. Курсовая доза составила 24 мг. Среди заболеваний раннего неонатального периода наиболее часто встречались: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС – 89,5% случаев, РДС плода – 68%, пневмония новорожденных – 31,5%, гипотрофия – 15,4%. На основании результатов проведенного исследования установлено, что 50% преждевременных родов с ПИОВ в сроки 22–26 недель обусловлены инфекционной природой и врожденной наследственной патологией плода. О преобладании инфекционного генеза ПИОВ в исследуемых группах беременных со сроком гестации 22–26 недель свидетельствовала частота ИППП (11,2%), бактериального вагиноза (12,3%). При выработке тактики ведения недоношенной беременности с ПИОВ обязательным условием мы считаем индивидуальный подход, оценку состояния беременной женщины и плода, а также прогнозирование факторов риска, в частности среди материнских: амниотическая инфекция (хориоамнионит), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, послеродовая гипотония матки и эндометрит. В 2016 году большинство ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22–26 недель беременности произошло в сроке 25 недель +6 дней – 53,9%; В 2017 году перинатальная смертность преобладала за счет рождения глубоко недоношенных маловесных детей массой тела от 420–480 граммов. В 2018 году большинство ПИОВ в сроке сверхранних преждевременных родов 22–26 недель беременности произошло у женщин преимущественно 27–32 лет (55%); из экстрагенитальных заболеваний превалировала анемия (50,9%).

## Заключение

Консервативно-выжидательная тактика допустима при длительности безводного промежутка до 12 часов, отсутствии признаков инфекционных осложнений, удовлетворительном состоянии внутриутробного плода. В интересах матери и плода при отсутствии положительного эффекта и сохранении незрелой шейки матки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения. Консервативно-выжидательная тактика способствует ускоренному созреванию легких плода, уменьшает частоту тяжелых форм РДС и, как следствие, снижает затраты на выхаживание данных детей.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ЛОКАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ 3 УРОВНЯ

Черданцева С.Ю., Свищева М.Е., Ясашная М.С.

КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»  
г. Барнаул

### Цель

Создание локального протокола и анализ полученных результатов проведения эхографических исследований новорожденным в физиологическом отделении ПЦ 3 уровня.

### Материалы и методы

Анализ проведенных исследований с 2018 по 2022гг на сканерах высокого и экспертного классов линейными 10–12МГц, микроконвексными 5–10МГц, секторными 12МГц датчиками в следующем объеме: нейросонография, ЭхоКГ- всем новорожденным через 36–48ч после рождения, УЗИ внутренних органов и другие методики – по показаниям.

### Результаты

При создании протокола учитывались: 1) ранняя выписка новорожденных из родовспомогательного учреждения на 4 сутки жизни до возможной манифестации клинических проявлений, 2) территориальные особенности региона – высокая доля сельского населения, большая территория края, значительная удаленность некоторых населенных пунктов от медучреждений с возможностью оказания специализированной помощи новорожденным 3) исключение третьего пренатального скрининга как обязательного (ВПР при манифестации после 21 нед ГВ могут остаться не диагностированными) 4) преобладание пациенток ПЦ с КОАГА.

Ранний неонатальный скрининг проводится с 2018г всем новорожденным физиологического отделения в объеме: НСГ и эхоКГ через 36–48 часов после рождения. УЗИ внутренних органов выполняется при признаках холестаза, анемии, метаболическом синдроме; почек – через 48часов жизни при выявленных пренатальных изменениях ЧЛС; мошонки – для исключения синдрома острой мошонки; УЗИ глаз – врожденных изменениях придаточного аппарата глаза и глазного яблока; другие УЗ методики – при наличии клинических показаний и подозрении на врожденные пороки развития. За этот период осмотрено 21160 детей. Структура наиболее значимых эхографических находок у доношенных и больших недоношенных новорожден-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

ных: очаговые геморрагические изменения головного мозга (ГМ)-14 случаев, ВЖК 2ст (по класс.РАСПМ 2000г)-11, кистозные структуры ГМ-5, оболочечные кровоизлияния-5, синус-тромбозы-4, ВПР ГМ (в том числе орфанные)-10, окклюзионная гидроцефалия-2, мальформация сосудов печени, правосторонний изомеризм печени, конкременты, гипоплазия, агенезия желчного пузыря -9, перекрут яичек -2, кровоизлияния в надпочечники -4.

Из всех пороков развития большая доля приходится на ВПС. В антенатальном периоде они могут остаться не диагностированными из-за поздней манифестации. В структуре выявленных ВПС, наиболее часто встречаются: ДМЖП-641 случай, ДМПП-67, ДАК-60, пульм.стеноз-21, КоА-16. Трудности диагностики коарктации грудной аорты в ранний неонатальный период связаны со сложностью визуализации перешейка аорты на фоне функционирующего ОАП. Выявлены единичные случаи образований сердца (рабдомиомы)-5, трехпредсердного сердца -1.

## Заключение

УЗ метод не имеет лучевой нагрузки, не требует подготовки пациента, исследование проходит в режиме реального времени с возможностью немедленного получения результата исследования. Учитывая позднюю манифестацию некоторых пороков и быстрое наступление декомпенсации у детей раннего возраста, считаем необходимым обсуждать введение обязательных эхографических осмотров всем новорожденным в родовспомогательных учреждениях для своевременной диагностики и улучшения прогноза жизни.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭЭГ ДЛЯ МОНИТОРИНГА МОЗГОВОЙ АКТИВНОСТИ В АНЕСТЕЗИИ И РЕАНИМАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

Щеглов Б.О., Щеглова С.Н.

*Медицинский комплекс Дальневосточного федерального университета  
г. Владивостока; кафедра точных и естественных наук Северо-Восточного  
государственного университета г. Магадана  
г. Владивосток*

### **Цель**

Провести анализ актуальных публикаций по применению электроэнцефалографии (ЭЭГ) в анестезии и реанимации в акушерстве и неонатологии.

### **Материалы и методы**

Для анализа использовались научные статьи из баз данных, таких как Elibrary, Cochrane, Pubmed и др. Проанализировано 15 публикаций, посвященных применению ЭЭГ в анестезии и реанимации в акушерстве и неонатологии, с акцентом на методологию и результаты.

### **Результаты**

ЭЭГ представляет собой метод исследования электрической активности мозга, который находит широкое применение в различных областях медицины. Одним из важных направлений использования ЭЭГ является область оценки состояния пациентов при проведении анестезии и реанимационных мероприятий. Данный метод используется для оценки эффективности проводимой анестезии и в критических ситуациях в реанимации у беременных и рожаящих пациенток, но также активно применяется и у младенцев при выкидышах и оценке уровня мозговых нарушений.

При анестезии и реанимации в акушерстве ЭЭГ применяется для мониторинга глубины анестезии. Это позволяет анестезиологам контролировать состояние пациентки, поддерживая оптимальный уровень обезболивания. Важно отметить, что ЭЭГ в анестезии беременных женщин также используется для раннего выявления изменений в электрической активности мозга, что способствует своевременному реагированию на возможные осложнения.

В неонатологии применение ЭЭГ также связано с ранним выявлением аномалий у новорожденных. Этот метод позволяет врачам проводить контроль за здоровьем будущего младенца, а также оперативно реагировать на любые отклонения от нормы.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

ЭЭГ в акушерстве предоставляет дополнительные данные, которые помогают принимать обоснованные решения в пользу здоровья матери и ребенка.

В области неонатологии, изучение электрической активности мозга с использованием ЭЭГ является неотъемлемой частью определения нарушений церебральной активности у новорожденных. Данная методика помогает в выборе оптимальной стратегии реанимации и решении вопросов, связанных с лечением младенцев с поражением центральной нервной системы. Оценка эпилептиформной активности при помощи ЭЭГ также является важным элементом диагностики эпилептических состояний у новорожденных. Это позволяет своевременно выявлять и эффективно управлять эпилептическими приступами, обеспечивая максимально возможную безопасность для младенцев.

## Заключение

Современные исследования свидетельствуют о высокой информативности и перспективности применения ЭЭГ в анестезии и реанимации в акушерстве и неонатологии. Данный метод используется для мониторинга глубины анестезии у беременных женщин, обеспечивая регулирование уровня обезболивания. Рассматриваемая методика предоставляет ценные данные для оптимизации ухода за пациентами в критических состояниях, способствуя повышению эффективности медицинской практики в данных областях.

## РОЛЬ ХОРИОАМНИОНИТА В РАЗВИТИИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

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

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

## Цель

Анализ частоты хориоамнионита при ранней неонатальной смерти в городской и сельской местности в Российской Федерации в период пандемии COVID-19.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

На основании статистических форм А-05 Росстата проведен сравнительный анализ частоты и показателей ранней неонатальной смертности от хориоамнионита в городской и сельской местности Российской Федерации в 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) и в 2017–2019 гг (период до COVID-19, контрольный период).

## Результаты

В 2017–2019 гг (3-х летний период до COVID-19, контрольный период) в Российской Федерации было зарегистрировано 8513 случаев смерти новорожденных в первые 168 часов жизни, среди которых 6053 (71,1%) наступили в городской и 2460 (28,9%) в сельской местности. При этом доли новорожденных, умерших в городской местности, в 2017 и 2018 гг практически не отличались, составляя 69,3% и 69,8% соответственно, а в 2019 г возросла до 74,9%. Во время пандемии COVID-19 доля умерших новорожденных в городской местности также повысилась и за 2020–2022 гг составила 75,0%. 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, снизилось на 9,3% и 10,8% в городской и сельской местности соответственно.

В период 2017–2019 гг в целом по Российской Федерации хориоамнионит как состояние, обусловившее (или способствовавшее) наступлению смерти новорожденных в первые 168 часов жизни, был установлен в 380 случаях (в 4,5% от всех наблюдений ранней неонатальной смерти). В городской и сельской местности частота его составила 4,8% и 3,7% соответственно. В 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) отмечено снижение абсолютного количества наблюдений хориоамнионита в Российской Федерации на 26,8% (до 278). При этом доля его среди всех случаев ранней неонатальной смерти в городской местности понизилась на 8,4%, а в сельской местности, напротив, повысилась на 19,8%, составив 4,4% и 4,5% соответственно. В период пандемии COVID-19 по сравнению с контрольным периодом (2017–2019 гг) зарегистрировано снижение значений показателя ранней неонатальной смертности при наличии хориоамнионита: в целом по Российской Федерации на 15,6%, в городской местности на 17,0% и сельской местности на 11,2%. Обращает на себя внимание, что наиболее часто хориоамнионит как состояние, способствовавшее наступлению ранней неонатальной смерти в целом по Российской Федерации, отмечалось при инфекционных заболеваниях (в 10,7% в 2017–2019 гг и в 9,7% в 2020–2022 гг) и респираторных нарушениях (в 5,0% и 5,1% соответственно).

## Заключение

В период пандемии COVID-19 (в 2020–2022 гг) по сравнению с 3-х летним периодом до COVID-19 (2017–2019 гг) в целом по Российской Федерации установлено снижение показателей ранней неонатальной смертности в городской и сельской



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

[В начало](#)

[Содержание](#)

местности при увеличении доли новорожденных, умерших в городской местности. Зарегистрировано также снижение абсолютного количества наблюдений хориоамнионита в Российской Федерации на 26,8% (с 380 до 278) с одновременным снижением его частоты среди всех случаев ранней неонатальной смерти в городской местности и повышением в сельской местности.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

### КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ

Белкова Т.Н., Пальянов С.В., Оксеньчук Т.В., Игнатчик Д.С.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Омск

#### Цель

Оценить влияние патологических факторов у недоношенных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении при выборе препаратов, влияющих на системную гемодинамику.

#### Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование 50-и недоношенных детей, родившихся 26–28 недель гестации, находившихся в перинатальном центре БУЗОО «ГКПЦ» г. Омска за период с 2022–2023 гг. Проведено деление на 2 группы в зависимости от патологических факторов (гипоксия, инфекция). Статистическая обработка данных выполнялась в «Statistica 10.0».

#### Результаты

Анализ анамнестических клиничко-лабораторных данных 2-х сравниваемых групп детей (1-я недоношенные с гипоксическим поражением ЦНС (n=30); 2-я- недоношенные с гипоксическим поражением ЦНС и с инфекционной патологией (n=20)) и их матерей выявил следующее: высокая частота у матерей 2 группы бронхитов ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2 = 14.873$ ) и ЛОР патологии ( $p = 0.003$ ,  $\chi^2 = 12.188$ ); гнойного сальпингита ( $p = 0.030$ ,  $\chi^2 = 7.077$ ) и эндометрита ( $p = 0.004$ ,  $\chi^2 = 11.209$ ), а также течение хориоамнионита ( $p = 0.030$ ,  $\chi^2 = 7.077$ ) и латентной перинатальной инфекции ( $p = 0.009$ ,  $\chi^2 = 9.590$ ).



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

Сравнительный анализ лабораторных данных в обеих группах недоношенных выявил измененные показатели прокальцитонина  $>0,5$  нг/мл ( $p<0,005$ ), лактата выше  $4,3$  ммоль/л ( $p<0,005$ ), С-реактивного белка ( $p<0,005$ ); сниженные показатели фракции выброса до  $31-35\%$  ( $p<0,005$ ) и артериального давления  $45/25$  (среднее  $35$ ) мм рт.ст ( $p<0,005$ ).

Для коррекции гемодинамических нарушений назначались препараты, обладающие инотропным и вазопрессорным действием. Так, в 1 группе коррекция дофамином в дозе  $7,5$  мкг/кг/мин и меньше проводилась у  $40\%$  ( $15$  детей), в то время как во 2 группе дофамин в дозе  $7,5$  мкг/кг/мин и больше получали  $45\%$  ( $9$  детей) ( $p<0,05$ ). Назначение высоких доз одновременно двух препаратов дофамина ( $10$  мкг/кг/мин) и добутамина ( $8$  мкг/кг/мин) отмечалось чаще у детей 2 группы, что составило  $36\%$  ( $p<0,05$ ).

## Заключение

Недоношенным с ЭНМТ при критических состояниях, обусловленных течением тяжелой гипоксии, а также в сочетании с инфекционной патологией, имеющих нарушение насосной функции сердца и сосудистого тонуса, необходима коррекция гемодинамических нарушений с использованием лекарственных препаратов, обладающих инотропным и вазопрессорным действием. Применение данной терапии способствовало поддержанию жизненно важных функций организма и тем самым улучшало исход заболевания.

## ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ФРАКЦИЙ СТРУКТУРНЫХ ГЕМОГЛОБИНОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Гераськин В.А., Гераськин И.В., Дерюгина А.В., Гераськина Н.В.

*Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет  
им. Н.И. Лобачевского  
г. Нижний Новгород*

## Цель

Определение влияния динамики фракций структурных гемоглобинов крови на сродство к кислороду при патологии у пациентов неонатального периода и первых месяцев жизни.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Обследование содержит результаты данных 635 клинических исследований показателей типов гемоглобинов крови и их сродства к кислороду у 204 пациентов неонатологического профиля и первых месяцев жизни. Данные получены на этапах лечебно-диагностического процесса посредством анализатора газов крови и оксиметрии Radiometer ABL 800 basic.

## Результаты

Увеличение общего объема циркулирующей крови и гемоглобина при взрослении ребенка сопровождается снижением количества эритроцитов и гемоглобина в децилитре. Одновременно изменяется соотношения фракций гемоглобинов: F<sub>HbF</sub>%, H<sub>bA</sub>%, MetHb%. Зафиксированные у пациентов в перинатальном периоде показатели MetHb крови отличались тенденцией к возрастанию при увеличении гестационных сроков с 28 по 38–40 неделю с 0,17 g/dl до 0,24 g/dl. Данная тенденция в перинатальный период может иметь адаптационно-компенсаторное значение, препятствуя повреждению тканей кислородом (O<sub>2</sub>) при гипероксии. В отличие от новорожденных, у пациентов старших возрастных групп – показатели кислородно-транспортной системы крови статичны. Вес тела и зрелость тканей не подвержены выраженным изменениям, соотношение и состав фракций общего гемоглобина крови и F<sub>HbF</sub>% постоянны. Физиологическая величина показателя сродства гемоглобина (p<sub>50</sub>) у взрослых в диапазоне 24–28 mmHg, и 19–24 mmHg у новорожденных. Исследовано 125 соответствий F<sub>HbF</sub>% и p<sub>50</sub> (парциальное давление кислорода необходимое для 50% оксигенации гемоглобина). Данные 69 новорожденных в возрасте до 81 дня жизни составили группу обследования без оксигенотерапии. При сравнении величин показателей в группе недоношенных детей отмечается высокий уровень F<sub>HbF</sub> – 74,8% и пониженный уровень p<sub>50</sub>–21,2 mmHg (сравнение с нормой у старших возрастных групп). Сочетание у новорожденных низкого уровня p<sub>50</sub>, и высоких значений F<sub>HbF</sub> определяет увеличение сродства гемоглобина к кислороду – как следствие, усиление высвобождения O<sub>2</sub> преимущественно, в участках ацидоза и тканевой гипоксии с малыми значениями pH. Низкие величины p<sub>50</sub> у новорожденных детей способствуют более активному связыванию (O<sub>2</sub>) с гемоглобином в легких. Этот физиологический механизм влияет на процессы компенсации при наиболее распространенных заболеваниях перинатального периода: врожденные аномалии развития легких внутриутробная инфекция и пневмония, респираторный дистресс синдром у новорожденных, синдром меконияльной аспирации и аспирационная пневмония, отек легких. Увеличение содержания гемоглобина и возрастание его сродства к O<sub>2</sub> позволяет организму новорожденного ребенка адаптироваться к частым изменениям вентиляции: апное недоношенных, брадипное, тахипное.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Заключение

У новорожденных формирование кислородного статуса крови происходит в условиях постоянной динамики состава гемоглобинов, в отличие от статичных показателей у пациентов старших возрастов. Определяющим моментом доставки O<sub>2</sub> у новорожденных являются не только величина гемоглобина, но и его структура, скорость изменений, соотношение фракций. Сочетание у новорожденного низкого уровня р50 и высоких значений F<sub>HbF</sub> формирует увеличение сродства гемоглобина к кислороду и адресное высвобождения O<sub>2</sub> в участках с наиболее выраженной тканевой гипоксией и ацидозом.

## ДИНАМИКА СРОДСТВА СТРУКТУРНЫХ ГЕМОГЛОБИНОВ КРИВИ К КИСЛОРОДУ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯХ.

Гераськин И.В., Гераськин В.А., Дерюгина А.В.

*Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет  
им. Н.И. Лобачевского  
г. Нижний Новгород*

## Цель

Определить патогенетические особенности действия гемотрансфузий на состав и функции структурных гемоглобинов у пациентов первых месяцев жизни.

## Материалы и методы

Работа выполнена на основе анализа данных историй болезней в неонатологических отделениях. Проведено 923 исследования лабораторных показателей: кислотно-щелочного состояния, газового состава и типов гемоглобинов крови в первые 60 дней жизни у 256 пациентов.

## Результаты

У детей в период новорожденности и младенчества имеется уникальный состав гемоглобина крови, представленный двумя основными структурными фракциями: фетальным гемоглобином – (HbF) и гемоглобином взрослого типа – (HbA). При взрослении ребенка соотношение фракций непрерывно меняется. Трансфузия компонентов донорской крови, содержащих HbA, проводилась при уровне общего гемоглобина менее 85 г/л. Объем переливания компонентов крови, у новорожденных и детей первых месяцев жизни определялся из расчета – 10 мл/кг. На фоне физиологической динамики структурных гемоглобинов крови у новорожденных мы зафиксировали



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

уменьшение концентрации HbF%, выраженное при трансфузии компонентов донорской крови с HbA. Темпы снижения HbF зависели от срока гестации: у недоношенных детей (<37 недель, n-376) – составляло 29,81%, у доношенных детей (>37 недель, n-73) составило 17,83%. В группу контроля были включены данные схожих по гестационному возрасту пациентов, не получавших гемотрансфузии. При проведении статистической обработки результатов использован t-критерий Стьюдента, учитывалась значимость коэффициента достоверности при  $p < 0,05$ . Повышение разности концентраций фетального гемоглобина до и после переливаний эритроцитарной массы в группе недоношенных детей – указывает на более выраженную динамику в составе структурных гемоглобинов, обусловленную «эффектом разведения HbF». В исследуемых группах, определяли (P50 mmHg) – параметр характеризующий сродство гемоглобина к кислороду, при достижении 50 % сатурации. В группе недоношенных детей (при гемотрансфузиях, n-165) превышение показателя P50 в сравнении с контрольной группой (без гемотрансфузий, n-159) составило -2,02 mmHg;  $p < 0,05$ . У доношенных детей (n-81) аналогичный показатель P50 был равным -3,87 mmHg;  $p < 0,05$ . Результаты исследований фиксируют возрастание уровня парциального давления кислорода (P50) у новорожденных при гемотрансфузиях.

## Заключение

Особенностью фетального гемоглобина является свойство деоксигенации в условиях более низких значений pH тканей. У детей первых месяцев жизни снижение уровня HbF % при гемотрансфузиях обуславливает уменьшение адресной доставки O<sub>2</sub> в ткани с более выраженным ацидозом, на фоне гипоксии. Приведенные данные указывают на необходимость тщательного обоснования показаний к проведению трансфузий компонентов крови у детей, с оценкой потенциальной пользы и вреда данной манипуляции.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## АССОЦИАЦИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРАММОНИЕМИИ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ипполитов А.Л., Соколова Е.В., Дегтярева Н.Д., Дегтярева А.В.  
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва,  
Российская Федерация  
г. Москва

### Цель

Выявить ассоциацию между перинатальной патологией и гипераммониемией у новорожденных разного гестационного возраста на основании клинико-лабораторных данных.

### Материалы и методы

В исследование включено 93 ребенка с подтвержденной транзиторной гипераммониемией: доношенные (n=63) и недоношенные (n=30). Все дети имели тяжелую перинатальную патологию. Показанием к исследованию аммиака в крови явилось ухудшение состояния в виде неврологических нарушений неясной этиологии или сепсис-подобного симптомокомплекса

### Результаты

У 84% (n=53) доношенных новорожденных выявлены ранее описанные факторы, способствующие гипераммониемии: асфиксия (n=26, 41%), судороги (n=30, 47%), ОПП (n=12, 19%), СПОН (n=9, 14,2%), инфекция, вызванная уреазо-продуцирующими микроорганизмами (n=25, 39%). У оставшихся 16% (n=10) детей также была тяжелая перинатальная патология, которая включала следующие состояния: НЭК (n=2, 3%), аспирационная пневмония (n=1, 1,5%), ВПР (n=8, 12,6%), ВПС (n=3, 4,7%), ВЛГ (n=7, 11,1%), инфекции, вызванные не уреазо-продуцирующими микроорганизмами (n=4, 6,3%). В группе недоношенных новорожденных ранее описанные факторы, способствующие гипераммониемии, выявлены у 96,7% (n=29): асфиксия (n=5, 25%), судороги (n=16, 53%), ОПП (n=17, 56%), СПОН (n=19, 63%), инфекции, вызванные уреазо-продуцирующими микроорганизмами (n=8, 26%), ЭНМТ (n=15, 50%; Me – 795г, Min-370г, Max – 998г). У одного недоношенного новорожденного (n=1, 3,3%) установлена инфекция, вызванной не уреазо-продуцирующими микроорганизмами.

### Заключение

Помимо описанных в литературе факторов, приводящих к ТГА, вероятной причиной могут быть и другие тяжелые состояния, выявляемые в неонатальном периоде.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

Нет специфического состояния, которое однозначно является причиной ТГА, поэтому ухудшение состояния пациента за счет нарушений неврологического статуса (угнетение функции ЦНС, развитие судорожного синдрома) и тяжелые соматические состояния (ОПП, СПОН) должны быть показанием к исследованию уровня аммиака в крови.

## ЗНАЧИМОСТЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ

Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Бойдак М.П.<sup>1,2</sup>, Пристром И.Ю.<sup>2</sup>

*1 Белорусский государственный медицинский университет;*

*2 Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»*

*г. Минск*

### **Цель**

установить значимость биомаркеров воспаления (СРБ, прокальцитонина (PCT), интерлейкина-6 (IL-6)) и оптимальные показатели и сроки при диагностике врожденной инфекции.

### **Материалы и методы**

Проанализированы данные медицинских карт 48 детей, родившихся и получавших лечение в ОИТР новорожденных в РНПЦ «Мать и дитя», за период апрель–июнь 2022 года. Оценка прогностической ценности проведена с использованием ROC-анализа с интерпретацией AUC, чувствительности (Se), специфичности (Sp) при соответствующих точках отсечения (cut off).

### **Результаты**

Все обследованные дети были распределены на 3 группы наблюдения с учетом установленного инфекционно-воспалительного заболевания: 1 группа (Гр1) – врожденный сепсис (n=14), Гр2 – инфекция специфичная для перинатального периода неуточненная (n=14), Гр3 (сравнения) – РДС без признаков инфекционно-воспалительного процесса (n=20). Гестационный возраст составил 28 (24–39) недель, масса тела при рождении – 1240 (570–4400) грамм. Ассоциации гестационного возраста и уровней СРБ, IL-6 и PCT не выявлены (p>0,05). Уровень СРБ всей выборки пациентов в 1-е



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

сутки жизни составил 1,6 (0,6–2,8) мг/л, IL-6 – 131 (63–233) пг/мл, PCT – 0,45 (0,29–0,61) нг/мл. В первые 24 часа жизни в группах наблюдения выявлены различия уровней СРБ ( $p < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ) и PCT ( $p = 0,005$ ,  $p_{1-3} = 0,003$ ). Уровни IL-6 в Гр1 и Гр2 имели статистические различия по сравнению с Гр3 ( $p < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} = 0,043$ ). На 3–5-е сутки жизни уровень СРБ у пациентов Гр1 в сравнении с Гр2 и Гр3 был выше: (8,6 (5,3–9,0) против 5,2 (3,6–6,5) и 2,8 (1,6–5,1) мг/л,  $p < 0,001$ ). Показатель PCT различался между группами и был наиболее значим для Гр1 ( $p < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} = 0,048$ ,  $p_{1-2} < 0,001$ ). В 1-е сутки наибольшей диагностической ценностью обладал IL-6 в сравнении с СРБ и PCT. AUC для IL-6 был 0,84 (ДИ 0,71–0,96),  $p = 0,001$ , для СРБ – 0,79 (ДИ 0,65–0,93),  $p = 0,005$ , для PCT – 0,74 (ДИ 0,59–0,89),  $p = 0,019$ . Se и Sp маркеров составили для IL-6 (cut off=104) 79% и 79%, для СРБ (cut off=1,2) 70% и 79%, для PCT (cut off=0,45) 73% и 65%. AUC на 3–5-е сутки для СРБ – 0,80 (ДИ 0,67–0,94),  $p = 0,003$ , IL-6 – 0,69 (ДИ 0,50–0,89),  $p = 0,035$ , PCT – 0,92 (ДИ 0,83–0,99),  $p < 0,001$  соответственно. Для PCT при cut off=4,7 – Se=100%, Sp=69%, для СРБ – 4,2, 70%, 79%, IL-6 – 11,6, 73% и 72% соответственно. В динамике раннего неонатального периода диагностическая значимость СРБ не имеет существенных изменений.

## Заключение

Согласно полученным результатам, наиболее высокую ценность в 1-е сутки жизни в качестве биомаркера при диагностике врожденного инфекционно-воспалительного заболевания у новорожденных детей, получающих лечение в ОИТР, имеет использование IL-6. Через 72 часа после рождения статистически более ценным и показательным является применение PCT и СРБ, при этом диагностическая значимость (чувствительность и специфичность) для прокальцитонина выше.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА СРАР ТЕРАПИИ В РОДОВОМ ЗАЛЕ У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Старков В.Ю., Шестак Е.В., Ковтун О.П.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Екатеринбургский клинический перинатальный центр»  
г. Екатеринбург*

### Цель

Оценить эффективность и безопасность протокола СРАР-терапии в родовом зале у поздних недоношенных детей с дыхательными нарушениями, вызванными различными патологиями.

### Материалы и методы

Ретроспективное сравнительное исследование эффективности разработанного нами стандартизированного протокола СРАР в родовом зале, на базе Екатеринбургского клинического перинатального центра. В группе контроля включены дети (340–366 нед) за 12 месяцев 2020 г (n=256), а в группу исследования в период с апреля по декабрь 2022 г.

### Результаты

Всего в 2020 г СРАР в родовом зале проведён 256 (50,3%) детям – основная группа контроля. Среди них выделены группа контроля ТТН (n=100), РДС (n=84) и инфекции (n=54). В 2022 г СРАР в родовом зале проведён 169 (42,4 %) – основная группу исследования, также выделены пациенты с ТТН (n=89), РДС (n=39) и инфекцией (n=37). После введения стандартизированного протокола СРАР-терапии в рутинную работу перинатального центра, частота проведения СРАР в родовом зале в данной когорте детей статистически достоверно снизилась (p=0,018). В группе пациентов с СРАР-терапией по протоколу отмечены положительные результаты относительно тяжести и продолжительности заболеваний, ставших причиной ДН: уменьшение в среднем на 1 сутки продолжительности ИВЛ (p=0,013) и продолжительности АБТ (p<0,001), снижение частоты регистрации ЦИ с 64,1% до 53,2% (p=0,022), продолжительности госпитализации в ОПН на с 12 до 11 суток (p=0,001) и общей продолжительности госпитализации с 16 до 14 суток (p=0,001). Лечение пациентов с ТТН по протоколу СРАР терапии оказало значительное влияние на их клиническое состояние: снизило продолжительность госпитализации в ОПН с 10 до 9 суток (p=0,022) и общую продолжительность госпитализации с 13 до 12 суток (p=0,018). В группе пациентов с РДС протокол СРАР не показал свою эффективность, однако ассоциировался с увеличе-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

нием частоты госпитализации в ОРИТН с 82,1% до 100% пациентов ( $p=0,005$ ). У пациентов с инфекционным диагнозом применение протокола привело к снижению тяжести и продолжительности заболевания: уменьшению продолжительности ИВЛ с 3 до 2 суток ( $p=0,032$ ) и АБТ с 7 до 5 суток ( $p=0,001$ ), уменьшению продолжительности госпитализации в ОРИТН с 5 до 3 суток ( $p=0,024$ ) и общей продолжительности госпитализации с 19,5 до 16 суток ( $p=0,037$ ). Пневмоторакс в первые 24 часа зарегистрирован 1 раз в основной группе контроля и 2 раза в основной группе исследования ( $p=0,339$ ). Повреждений носовых ходов в исследуемых группах не выявлено. В ГВ 340 – 346 недели зарегистрирован 121 (98,3%) ребёнок из 123 с РДС в группах контроля и исследования, и, напротив только 1 (0,5%) ребёнок с ТТН. Наиболее частая причина ДН в родовом зале у новорождённых старше 350 недель гестации – ТТН, а в совокупности ТТН и инфекция стали причиной ДН в 95–99% случаях.

## Заключение

Применение стандартизированного протокола СРАР-терапии для новорождённых старше 350 недель гестации с ДН по причине ТТН и инфекции позволяет значительно снизить тяжесть и продолжительность заболеваний, и может быть рассмотрен в качестве базовой респираторной стратегии в родовом зале при наличии соответствующих показаний.

## ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА СРАР- ТЕРАПИИ В РОДОВОМ ЗАЛЕ У ДОНОШЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Старков В.Ю., Шестак Е.В., Ковтун О.П.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Екатеринбургский клинический перинатальный центр»  
г. Екатеринбург*

## Цель

Анализ применения стандартизированного протокола СРАР терапии в родовом зале у доношенных новорождённых с инфекцией



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Ретроспективное когортное исследование. В группе исследования пациенты ведённые по разработанному нами стандартизированному протоколу СРАР, набранные в течение 6 месяцев 2021 г в сравнении с группой исторического контроля, набранной сплошным методом в течение 12 месяцев 2020 г.

## Результаты

В 2020 г из 3901 доношенных новорождённых СРАР в родовом зале проведён 223 детям, из них с инфекцией 31 ребёнку (группа контроля). В 2021 г из 2057 доношенных СРАР проведён 140 детям, из них 15 с инфекцией (группа исследования). При сравнительном анализе групп не выявлено статистической достоверной разницы по гестационному возрасту, полу, массе тела при рождении, оценке по шкале Апгар на 1 и 5 минутах, а также различий в анамнезе беременности и родов ( $p > 0,05$ ). Анализ клинических характеристик также не показал достоверно значимых статистических различий между группами (группа контроля против группы исследования) по частоте церебральной ишемии (25 (80,6%) против 9 (60,0%),  $p = 0,135$ ) и субэпендимального кровоизлияния (6 (19,3%) против 3 (20,0%),  $p = 0,959$ ), частоте ИВЛ (10 (32,2%) против 5 (33,3%),  $p = 0,942$ ) и её продолжительности (1 (1; 1,75) против 2 (1,25; 2) сут,  $p = 0,211$ ), частоте проведения VinСРАР (9 (29,3%) против 5 (33,3%),  $p = 0,434$ ) и её продолжительности (1 (1; 2) против 1 (1; 1) сут,  $p = 0,434$ ) и общей продолжительности госпитализации (14 (10; 16) против 12 (12; 14) сут,  $p = 0,429$ ). Пневмоторакс в первые 24 часа зарегистрирован у 3 детей группы контроля и 2 пациентов в группе исследования ( $p = 0,709$ ). Повреждения носовых ходов – отёк или кровоточивость, нарушение проходимости носовых ходов не отмечены ни у одного пациента обеих групп.

## Заключение

Проведённое исследование СРАР терапии в родовом зале при врождённой инфекции показало отсутствие эффективности относительно тяжести, продолжительности заболевания, частоты церебрального повреждения, а также частоты осложнений СРАР-терапии. Однако, малая выборка пациентов в настоящее время не позволяет сделать однозначных выводов об эффективности и безопасности исследуемого протокола СРАР в родовом зале у доношенных пациентов с инфекцией.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНЫХ НАЗАЛЬНЫХ КАНЮЛЬ (HFNC) В УСЛОВИЯХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Старков В.Ю., Шестак Е.В., Корнет Н.С., Ковтун О.П.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Екатеринбургский клинический перинатальный центр»  
г. Екатеринбург

### Цель

Провести анализ эффективности и безопасности терапии высокопоточными канюлями (HFNC) новорождённым в условиях физиологического неонатального отделения.

### Материалы и методы

Одноцентровое ретроспективное когортное исследование, проведённое на базе физиологического неонатального отделения (НО) Екатеринбургского клинического перинатального центра. Включены новорождённые, получавшие респираторную поддержку методом HFNC, в период 12 месяцев 2022 г.

### Результаты

В исследовании приняли участие 83 пациента, набранные сплошным методом. Общая выборка новорождённых характеризовалась средним гестационным возрастом 38,1 ( $\pm 1,3$ ) недель, массой тела 3435 ( $\pm 480$ ) гр при рождении, 58 (69,8%) детей были мальчиками. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах была 6 ( $\pm 1$ ) и 8 ( $\pm 0,6$ ) баллов соответственно. Анализ анамнеза беременности и родов показал, что новорожденные чаще рождались путем кесарева сечения (60,2%). В 2х случаях потребовалось оперативное вагинальное родоразрешение. У четверти матерей отмечалось наличие гестационного сахарного диабета. Анализ клинического течения заболевания показал, что в 38 (45,7%) случаях новорожденные получали СРАР в родзале, со средней продолжительностью 40 ( $\pm 16,1$ ) мин. Проведение искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) маской в родзале потребовалось в 5 случаях. Почти все новорожденные (81 (97,5%)) из родового зала перевелись в неонатальное отделение, где средняя продолжительность госпитализации составила 3 ( $\pm 1$ ) дня, а 2 ребенка поступили из родового зала в ОРИТН с респираторной поддержкой СРАР и продолжительностью 12 ( $\pm 10$ ) часов. Дети проходили лечение в условиях реанимации в среднем 1 сутки. Продолжительность респираторной поддержки HFNC в условиях НО





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

в среднем была 16 ( $\pm 12$ ) часов. Антибактериальная терапия была назначена более чем в половине случаев, а инфузионная терапия в 45%. Наиболее часто пациентам был выставлен диагноз транзиторное тахипноэ новорождённых (ТТН) – 68 (81,9%). В 11 (13,2%) случаях – инфекция специфичная для перинатального периода (ИСПП) и в 3 (3,6%) случаях – врожденная пневмония. Из НО более половины новорожденных переведены в ОПН, где средняя продолжительность госпитализации составила 9 ( $\pm 3$ ) суток. В ОРИТН из НО при неэффективности проводимой HFNC переведены 14 (17%) детей. Основной диагноз при переводе – ТТН. Так же 2 случая ИСПП и один случай врожденной пневмонии. Общая продолжительность госпитализации составила 11 ( $\pm 5$ ) дней. Не было выявлено осложнений от респираторной поддержки в виде пневмоторакса и повреждения мягких тканей лица.

## Заключение

Метод терапии HFNC-терапии может рассматриваться в качестве респираторной терапии у пациентов с умеренной ДН, однако при наличии метода CPAP-терапии, хорошо зарекомендовавшего себя во множестве исследований, у разных контингентов новорождённых, целесообразность использования HFNC требует подтверждения в дальнейших исследованиях.

## ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ «ЭРИТРОН» У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АСФИКСИЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ

Таранушенко Т.Е., Паршин Н.А., Ваганов А.А., Селянкина Л.Н., Трифанова В.Н.,  
Бурлаченко Ю.В., Боярчук М.О.

*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

Изучить функциональные особенности системы Эритрона и возможность взаимосвязи между асфиксией и основными показателями эритропоза у недоношенных новорожденных.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Проанализировано периферическое звено системы Эритрон (эритроцитов (RBC), среднего объема эритроцитов (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроцитах (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCHC), гемоглобина (Hb), гематокрита (Hct), нормобластов (nRBC)) у 76 недоношенных с асфиксией при рождении.

## Результаты

Сформированы две группы новорожденных в зависимости от тяжести асфиксии при рождении. Первая группа (n=43) с асфиксией тяжелой степени (оценка по шкале Апгар 1–3 б. в конце 1-й минуты), вторая (n=53) с умеренной асфиксией (оценка по шкале Апгар 4–7 б. в конце 1-й минуты). Контрольную группу составили 24 новорожденных соответствующие критериям включения, без указаний на перенесенную асфиксию. Критерии включения: 1. Дети, рожденные в КГБУЗ «КККЦОМД» в 2019–2021 гг. 2. Оценка по шкале Апгар  $\leq 7$  баллов в конце 1-й минут 3. Масса тела при рождении  $\leq 1499$  гр при рождении 4. Информированное согласие Критерии исключения: 1. Гемолитическая болезнь новорожденных 2. Постгеморрагическая анемия 3. Фетопатальный трансфузионный синдром 4. Потери крови, вследствие кровоизлияний и кровотечений 5. Гемотрансфузии в первые 7 суток жизни 5. Гемоглобинопатии, врожденные патологии эритроцитарных мембран.

Показатели Hb при рождении ниже референсных значений определялись у 7 детей (3,1 %) в 1й группе и у 3 (1,6 %) во 2й группе. В обеих целевых группах значения гемоглобина были существенно более низкими в сравнении с контролем ( $p_{1,3}=0,001$ ,  $p_{2,3}=0,05$ ), при этом наиболее низкий уровень гемоглобина определялся у новорожденных в 1й группе ( $p_{1,2}=0,001$ ). Низкий уровень гемоглобина при рождении значительный прогностический фактор аномального результата нейроразвития у новорожденных с анемией при рождении в сочетании с асфиксией.

Уровень RBC ниже референса при рождении определялся чаще у детей с тяжелой асфиксией при рождении 13 (5,8 %), у 2й группы 5 (2,7 %) случаев. 1я группа в сравнении с умеренной асфиксией и контролем показала более низкий уровень RBC при рождении ( $P_{1,2}=0,0003$ ,  $P_{1,3}=0,0003$ ).

Уровень Hct ниже референса значимо определялся в 1й группе в сравнении с контрольной ( $p_{1,3}=0,004$ ).

Высокий уровень MCV в сравнении с контролем достоверно чаще определялся в группе с тяжелой асфиксией  $p_{1,2}=0,003$ .

В настоящем исследовании нормобластоз преобладал в 1й группе детей ( $p_{1,3}=0,01$ ), что может рассматриваться в качестве дополнительного маркера перенесенной асфиксии.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Заключение

Понимание процессов дисфункции эритрона в постаноксическом периоде у недоношенных новорожденных позволит простроить персонифицированный план лечения и подготовиться к возможным осложнениям.

## ИСХОДЫ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ

Хаджилаева Ф.Д.

ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
г. Ставрополь

### Цель

Изучить особенности течения беременности и родов, состояния новорожденных при индуцированных родах

### Материалы и методы

Истории родов с индуцированными родами и со спонтанно развившимися родами на базе акушерско-обсервационного отделения, перинатального центра, г.Черкесска за декабрь, 2019г.

### Результаты

Показаниями для родовозбуждения наиболее часто являются фетоплацентарная недостаточность(49.1%) и преждевременное излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности(19.2%). Несмотря на то, что индуцированные роды проводятся у беременных с высоким риском акушерских и перинатальных осложнений, их исходы сопоставимы с исходами спонтанно развившихся родов. При «зрелой» шейке матки наиболее эффективным и безопасным методом индукции родов является амниотомия, так как реже встречаются акушерские осложнения, частота абдоминального родоразрешения составляет 13.3%. При «недостаточно зрелой» и «незрелой» шейке матки в 16.2% случаев родовозбуждение бывает неэффективно, в 51.4%-недостаточно эффективно, в 32.4%-эффективно, что требует тщательного подхода к определению возможности проведения индукции родов у этих беременных. Количество новорожденных с заболеваниями при проведении индуцированных родов принципиально не отличается от такового при спонтанных родах. Из акушерского анамнеза превалировали – АГП(21.74%), неразвивающаяся беременность(8.7%). Факторы риска АГП: ПИОВ(34.78%); ИМВП и ОРВИ по (17.39%); анемия(60.87%); отслойка плаценты и ХФПН по 39.13% случаев от общего числа антенатальной смертности. Со стороны плода: ЗВРП – 34.77%. Со стороны плаценты: воспа-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

лительные изменения в плаценте(80.5%), преждевременное созревание плаценты (13.8%) и патологическая незрелость плаценты (5.5%).

## **Заключение**

Женщинам с АГП в анамнезе на протяжении беременности следует посещать консультации акушер-гинекологов и врачей смежных специальностей чаще, чем женщинам с предшествующим физиологическим течением беременности. Проводить комплексное обследование женщин на этапе прегравидарной подготовки для своевременного выявления факторов риска антенатальной гибели плодаПроводить лечебные мероприятия с целью профилактики осложнения беременности.

## ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА РОСТ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Якубова Д.И., Царькова М.А., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Чобанян А.Г.  
ФГБОУ ВО МГМСУ им А.И. Евдокимова Минздрава России  
г. Москва

## **Цель**

Изучить влияние легкого течения коронавирусной инфекции на рост плода во время беременности.

## **Материалы и методы**

Ретроспективное исследование пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с одноплодной беременностью, родоразрешенных в Родильном доме «Городской клинической больницы имени Е.О. Мухина» в период с 10 августа 2022 года по 31 декабря 2022 года. Из исследования были исключены пациентки вакцинированные от COVID-19.

## **Результаты**

Известно, что во время беременности некоторые вирусные инфекции существенно влияют на развитие плода. Данные о влиянии вирусной инфекции COVID-19 на беременность, особенно в бессимптомных или легких случаях, остаются ограниченными. Среди 120 пациенток с одноплодными родами у 92 ( 76,7%) отмечено легкое течение инфекция COVID-19 во время беременности. В 20 (21,7 %) наблюдениях инфекция COVID-19 отмечена в первом триместре беременности, 42 (45,7 %) – во втором триместре беременности и 30 (32,6 %) – в третьем триместре беременности. Средний вес беременных с COVID-19 составил 75 кг (65–85 Q1-Q3). Из 92 наблюдений с легким течением



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

COVID-19 задержка роста плода отмечена в 6 (6,5%) наблюдениях, а малый для гестационного возраста плод в 3 (3,3%) наблюдениях. Стоит отметить, что из 6 наблюдений отмечено 5 случаев ЗРП с ранней манифестацией и только 1 случай ЗРП с поздней манифестацией. Срок родоразрешения составил 39 недель (38 - 40 Q1-Q3).

Задержка роста плода – одно из представляющих интерес осложнений беременности, которая поражает 5–10 % беременностей. Хотя существует множество причин ЗРП, такие как материнские, плодовые и плацентарные. Хорошо известны такие, как плацентарная недостаточность. Некоторые инфекционные заболевания и состояния хронической гипоксии могут быть причинами задержки роста плода. Это вызывает беспокойство тем, что осложнения, вызванные инфекцией COVID-19 во время беременности, также могут быть связаны с ЗРП. Наше исследование, оценивающее связь между ЗРП и легкой инфекцией COVID-19 у непривитых беременных, не выявило статистически значимого повышенного риска ЗРП среди тех, кто заразился COVID-19 во время беременности.

Эти данные ограничены, поскольку они представляют собой ретроспективную когорту в одном учреждении и основаны на электронной медицинской документации. Важно отметить, что, хотя ЗРП тесно связана с перинатальной смертностью, во время беременности она обычно встречается редко. В результате было выявлено небольшое количество беременностей, осложненных задержкой роста плода. Наконец, в нашем исследовании не оцениваются тяжелые случаи инфекции COVID-19, которые, вероятно, приводят к увеличению перинатальных осложнений. Новые варианты COVID-19 также появились после завершения сбора данных для этого исследования и поэтому не включены в анализ.

## **Заключение**

Легкое течение инфекции COVID-19 во время беременности, независимо от времени заражения, по-видимому, не связана с задержкой роста плода. Рутинная оценка роста плода не может быть оправдана исключительно на основании заражения COVID-19 во время беременности. Необходимо дальнейшее исследование, чтобы стратифицировать риск среди материнских инфекций COVID-19 и определить, какие беременные требуют проведения дополнительных исследований для снижения перинатальной заболеваемости и смертности.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Респираторная терапия новорожденных

### ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ НОСА ВСЛЕДСТВИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Шестак Е.В., Старков В.Ю., Ковтун О.П.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Екатеринбургский клинический перинатальный центр»  
г. Екатеринбург

#### Цель

Оценить частоту и характер повреждения тканей носа у новорождённых в результате проведения неинвазивной респираторной поддержки

#### Материалы и методы

Одноцентровое ретроспективное когортное исследование на базе «Екатеринбургского клинического перинатального центр» ОРИТН и ОПН. Период исследования 12 месяцев 2022 г. Включены дети, получавшие терапию методами CPAP и LFNC. Повреждение носа классифицировалось на 3 стадии. Также выделено повреждение носовых ходов – отёк и/или кровоточивость

#### Результаты

В исследовании приняло участие 558 новорождённых, из них 312 (55,9%) мальчиков и 246 (44,1%) девочек, в гестационном возрасте (ГВ) 34 [31,7; 37,0] недель и средней продолжительностью госпитализации 27 суток. Частота повреждений носа составила 10% среди всех гестационных возрастов. В доношенном сроке ( $\geq 37$  недель) травмы не зарегистрированы. В недоношенных сроках повреждения встречались у 84% детей с ГВ 24 - 27,6 недель, 35% в ГВ 28 - 29,6 недель, не более 5% в ГВ 30 - 33,6 недель и 1,8% в ГВ 34 - 36,6 недель. Наиболее ассоциированный с травмой носа ГВ – 24–29,6 недель. Именно в этом сроке гестации зарегистрированы 83% из всех случаев повреждений носа, 100% повреждений 2, 3 степени и 100% повреждений





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

носовых ходов. Продолжительность любого вида неинвазивной респираторной терапии статистически значимо увеличивало частоту травм любой степени ( $p < 0.001$ ). Из 56 новорождённых с повреждением мягких тканей носа, у 20 (3,5%) детей наблюдалась клинически значимая непроходимость одного или обоих носовых ходов. Применение терапии LFNC статистически значимо увеличивало риск повреждения носовых ходов (ОР 2,492; 95% ДИ 1,576–3,942)

## Заключение

Проведённое исследование показало, что проблема травм носа и носовых ходов является нередким осложнением проведения неинвазивной респираторной терапии. Мы видим перспективы дальнейших исследований в определении влияния повреждения носовых ходов и нарушения носового дыхания на продолжительность искусственной вентиляции лёгких и неинвазивной респираторной терапии. Кроме того, целью ближайших исследований авторы определили разработку комплекса профилактических мероприятий по снижению частоты данного осложнения

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТЕРАПИИ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Шестак Е.В., Ковтун О.П.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Екатеринбургский клинический перинатальный центр»  
г. Екатеринбург*

### Цель

Провести анализ заболеваемости и терапии поздних недоношенных детей

### Материалы и методы

Одноцентровое когортное ретроспективное исследование в группе поздних недоношенных детей (ГВ 340 – 366 недель), родившихся в период 12 месяцев 2020 г. в Екатеринбургском клиническом перинатальном центре.

### Результаты

Проведённое исследование показало, что поздние недоношенные новорождённые ( $n=508$ ) составляют более 10,8 % всех новорождённых и 66,1 % от числа недоношенных в перинатальном центре и характеризуются высокой заболеваемостью. Общая



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

выборка новорождённых характеризуется медианой гестационного возраста (ГВ) 35 (34; 36) недель, массой тела 2450 (2180; 2772,5) при рождении, оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 (6; 7) баллов, на пятой минуте 8 (7; 8) баллов, 242 (47,6%) были мальчиками.

Факт проведения любого вида респираторной терапии на любом из этапов госпитализации в ПЦ зарегистрирован у 283 (55,7) новорождённых. СРАР – терапия в родовом зале проведена 256 (50,3%) детям, а интубация трахеи 7 (1,3 %) пациентам. В ОРИТН ИВЛ проводилась 49 (9,6%) детям, с медианой продолжительности 3 (1; 5) сут. BinCPAP (биназальный СРАР) проведён 198 (38,9%) детям с медианой продолжительности 1 (1; 1) сут. Диагноз церебральной ишемии (ЦИ) при выписке установлен в более чем половине случаев – 282 (55,5%), из них церебральная ишемия (ЦИ) лёгкой и средней степени тяжести установлен 271 (96,0%) ребёнку, а тяжёлой степени 11 (4,0%) детям. Внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) диагностировано всего у 94 (18,5%) новорождённых, из них ВЖК 1–2 степени выявлены у 92 (97,8%) детей, а ВЖК 3–4 степени у 2 (2,2%) новорождённых. Диагноз синдром дыхательных расстройств установлен 235 (46,2%), из них РДС установлен 120 (50,8%) детям, а ТТН 115 (48,7%) новорождённым. Ранняя неонатальная инфекция диагностирована у 64 (12,5%) детей. Среди инфекционных диагнозов зарегистрированы врождённая пневмония – 26 (40,0%) случаев, ранний неонатальный сепсис у 22 (33,8%) детей, инфекция специфичная для перинатального периода у 16 (25,0%) пациентов. Также в течение госпитализации в отделениях центра дети получали лечение по поводу гипербилирубинемии в 341 (67,1%) случае. Более четверти новорождённых проведена антибактериальная терапия. До 40 % новорождённых прошло госпитализацию в ОРИТН и в 2 раза больше в ОПН. Общая же продолжительность госпитализации составила 13 суток.

## Заключение

Проведённое нами исследование показало, что поздние недоношенные новорождённые характеризуются высокой частотой респираторной патологии, церебрального повреждения и ранних неонатальных инфекций с потребностью респираторной терапии, и госпитализации в интенсивные отделения центра. Направлением дальнейших исследований мы видим в оптимизации лечебно-диагностических мероприятий с целью снижения общей заболеваемости в том числе и церебральной патологией, снижении продолжительности госпитализации и затрат на лечение.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Болезни новорожденных

### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Анциферова Е.В., Рубцова С.О., Ресницкий П.А., Таскина П.Н., Трифанова В.Н.,  
Донейко В.Н., Селянкина Л.М., 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**

Изучить клиничко-анамнестические особенности некротизирующего энтероколита (НЭК) у недоношенных новорожденных детей в зависимости от стадии заболевания за 2019–2021 гг.

#### **Материалы и методы**

Открытое, ретроспективное, сплошное, одноцентровое исследование. Представлены данные 138 детей, с диагностированным НЭК, родившихся в период с 1 января 2019 года по 31 декабря 2021 года. Всем детям диагноз установлен в соответствии с классификацией НЭК по стадиям течения, предложенной Bell et al. (1978) в модификации Walsh and Kliegman (1987).

#### **Результаты**

За анализируемый период времени статистически значимых отличий по частоте встречаемости НЭК не выявлено: в 2019 году НЭК выставлен 46 детям (6% от общего числа недоношенных детей, рожденных в стационаре), в 2020 г. – 46 детей (6,1%), в 2021г – 44 ребенка (6,0%). Диагностика НЭК на начальной стадии отмечена в большинстве проанализированных случаев с максимальным количеством наблюдений в 2020 г. – 71,7% (2019 г – 56,5%, 2021 г. – 59,1%). Вторая стадия НЭК установлена в 2021г. у 27,3%, против 23,9% и 21,7% в 2019 и 2020 гг. соответственно. Тяжелые формы НЭК преобладали в 2019 году (19,6%) в сравнении с 2020г. (6,5%) и 2021г. (13,6%). В течение



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

анализируемого периода медиана возраста манифестации НЭК при I стадии соответствовала 8 суткам жизни [4;23], при II стадии – 17 [9; 23], при III стадии – 5 дням [3;21]. Вне зависимости от стадии заболевания мужской пол превалировал над женским (I стадия – 62%, II стадия – 66%, III стадия – 63%). Гестационный возраст новорожденных не имел значимых различий в подгруппах с разными стадиями НЭК и составил 28 - 29 недель [26; 31]. Медиана массы тела уменьшалась по мере нарастания тяжести рассматриваемой патологии и составила при I стадии НЭК – 1240 г [850; 1580], при II стадии – 1110 г. [790; 1420], при III стадии – 995г. [715;1514]. Малый размер к сроку гестации в 2019г. выявлен у 29%, в 2020 г. – у 22% и у 28% детей в 2021г. Оперативное вмешательство в 2019г проведено 14 детям (30,4%), в 2020 г. – 8 детям (17,4%), в 2021 г. – 7 детям (15,9%). Летальность от НЭК за анализируемый период снизилась с 17,4% до 9,1%.

## Заключение

По данным нашего учреждения НЭК встречается у 6% недоношенных детей. Дети с массой тела менее 1500 г, особенно мужского пола, являются наиболее уязвимыми по развитию данной патологии. Наибольший удельный вес составляет I стадия НЭК и составляет более 50% от всех случаев. Прослеживается взаимосвязь между сроком гестации, массой тела и тяжестью заболевания. Отмечена отчетливая положительная динамика в снижении летальности от НЭК – с 17,4% в 2019г. до 9,1% к 2021г.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Баркалова Т.А., Когутницкая М.И., Чернявская Д.Р., Колганова А.И ВГМУ им Н.Н Бурденко г. Воронеж

## Цель

Оценить состояние здоровья новорожденных детей, родившихся от матерей, инфицированных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в 2021 году.

## Материалы и методы

проведен проспективный одноцентровой анализ историй развития новорожденных, родившихся на базе БУЗ ВО «ВОКБ № 1», перинатальный центр в 2021 году.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

При проведении анализа 258 историй развития новорожденных было установлено, что наиболее частыми осложнениями были фетоплацентарная недостаточность (35,33%) и внутриутробная гипоксия плода (24,62%).

Средний гестационный возраст новорожденных составил 36 недель. Дети, родившиеся от матерей, перенесших инфекцию в III триместре беременности, имели среднюю оценку по шкале Апгар 6,4 баллов на первой минуте и 7,1 балла на пятой минуте. У детей, родившихся от матерей, с подтвержденным диагнозом в родах средняя оценка по шкале Апгар составила 6,1 балла на первой минуте и 7,1 на пятой минуте. 85% новорожденным потребовалось проведение стабилизации состояния с момента рождения. Объем мероприятий включал санацию верхних дыхательных путей с последующим обогащением вдыхаемой смеси кислородом и дальнейшей респираторной поддержке в виде кислородной палатки или подачи кислорода в кувез сроком от 2 до 5 суток. После рождения около 5% новорожденных нуждались в респираторной поддержке, были переведены на СРАР, длительность которого составила от 3 до 7 суток, 6 новорожденных, которые нуждались в проведении ИВЛ от 7 до 14 суток.

По данным исследования 71% детей проходили дальнейшее лечение в ОПН, где получали антибиотикотерапию в течение 5–7 дней. Показанием к назначению являлись лейкоцитоз со сдвигом влево и показатели СРБ от 5,6 до 12,3. Это объясняется наличием воспаления, инфекционного генеза.

55% новорожденных не были приложены к груди в родовом зале, что в дальнейшем вызвало проблемы с грудным вскармливанием.

## Заключение

На основании вышеизложенного можно сделать выводы, о том, что в большинстве случаев клинические проявления у новорожденных, родившиеся от матерей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, неспецифичны. Тем не менее эти дети имеют высокий риск реализации инфекционной патологии, поэтому состояние из здоровья нуждается в дальнейшем наблюдении.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Бармина Ю.Е., Гарина С.В., Белкина Н.Р.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарева»,

ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница»

г. Саранск

### Цель

Анализ особенностей течения гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) новорожденных, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных ГБУЗ РМ «ДРКБ» в 2022 году.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации детей с ГСЗ 100 новорожденных (из них 66 мальчиков и 34 девочки), находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей в ГБУЗ РМ «ДРКБ» в 2022 году.

### Результаты

У 56% матерей была выявлена соматическая патология (заболевания органов дыхания у 31%, инфекция мочевой системы у 15%, анемия 18%, ожирение у 16%), у 69% отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (хроническая маточно-плацентарная недостаточность у 21 %, преждевременный разрыв околоплодной оболочки у 19%). В 76% случаев родоразрешение произошло естественным путем, в 24% было проведено кесарево сечение.

Среди ГСЗ у новорожденных наблюдались конъюнктивит (44 %), дакриоцистит (16%), везикулопустулёз (20%), пневмония и ринит (по 10%), омфалит (8%). Почти в половине случаев (49%) выявлялось больше одного очага инфекции. Чаще всего имели место сочетания конъюнктивита с дакриоциститом и конъюнктивита с везикулопустулёзом.

В 60% случаев возбудителя удалось верифицировать. При анализе результатов бактериологического было выявлено больше 20 различных возбудителей. Лидерами гнойно-септических инфекций у детей стали: *Staphylococcus epidermidis*, *Acinetobacter*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*. Реже выявлялись *Klebsiella*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Enterobacter cloacae*, *Streptococcus*, *Pseudomonas*, *Candida albicans*, *Haemophilus influenzae*.

При конъюнктивите и дакриоцистите чаще всего отмечался рост *Staphylococcus epidermidis*. При омфалите с одинаковой частотой обнаруживался *Acinetobacter*





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

и *Enterococcus*. При везикулопустулёзе, пневмонии и рините – *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Acinetobacter* и *Staphylococcus epidermidis*.

Анализ чувствительности к антибиотикам показал, что *Acinetobacter* наиболее чувствительны к амикацину, гентамицину, тобрамицину, имипенему, меропенему, ко-тримоксазолу, левофлоксацину; резистентны к цiproфлоксацину. *Staphylococcus epidermidis* чувствителен к линезолиду, амоксициллину, офлоксацину, цiproфлоксацину, цефазолину, цефуроксиму; устойчив к амикацину, гентамицину, фосфомицину, бензилпенициллину и азитромицину. *Escherichia coli* чувствительна к ампициллину, ко-тримоксазолу, левофлоксацину, цефепиму, цефотаксиму, тобрамицину, хлорамфениколу, меропенему, устойчива к амикацину, цiproфлоксацину, азтреонаму. *Enterococcus* чувствительны к ванкомицину, нитрофурантоину, линезолиду, резистентны к ампициллину, амоксициллину, цiproфлоксацину, норфлоксацину.

## Заключение

В структуре ГСЗ новорожденных встречались конъюнктивит, дакриоцистит, везикулопустулёз, реже пневмония, ринит и омфалит. Возбудителями ГСЗ новорожденных чаще являлись *Staphylococcus epidermidis*, *Acinetobacter*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*. При этом ряд возбудителей оказался устойчив к препаратам, применяемым в отделении при данных нозологиях, в связи с чем при назначении антибактериальной терапии детям с ГСЗ, необходимо учитывать возможный спектр возбудителей и чувствительность их к антибиотикам.

## ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Белкова Т. Н., Дворжецкая О.В., Ходинская А.В., Русинова Т.Г., Маначкина Ю.В.,  
Кайгородцева А.А.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Омск

## Цель

Анализ течения и коррекции поздних осложнений при гемолитической болезни новорожденных (ГБН), находившихся на лечении в перинатальном центре г. Омска.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Под наблюдением находилось 50 новорожденных с ГБН, находившихся на лечении в перинатальном центре БУЗОО «ОКБ» в течение 2021–2023 г.: 1-я группа – доношенные с ГБН (39–40 недель,  $n=42$ ); 2-я группа – недоношенные с ГБН (35–36 недель,  $n=8$ ). Применялись непараметрические методы статистической обработки (критерии хи-квадрат Пирсона).

## Результаты

В 1 группе чаще диагностировался конфликт по системе АВ0 (60%), во 2 группе преобладающей была ГБН по Rh-конфликту (75%) ( $p<0,05$ ). 48% детей 1-й группы имели легкую степень течения, 50% детей 2-й группы тяжелой степени. У всех новорожденных регистрировалась желтушная форма ГБН. Прогностически неблагоприятными маркерами формирования тяжелой формы ГБН (развития поздних осложнений) являлись: наличие перинатальных потерь в анамнезе (самопроизвольный аборт 13%; искусственный аборт 11%), наличие ранее выявленной изосенсибилизации (7%); высокий уровень антител матери и плода (среднее значение антиэритроцитарных антител матери от 1:1090 и до 1:16107; новорожденного от 1:32 до 1:512), осложнения во время родов (преэклампсия 7%; плацентарная недостаточность 11%; преждевременное излитие околоплодных вод 29%), не проведенная профилактика анти D глобулина (11%). На этапе отделения реанимации в 1–2 сутки жизни у новорожденных с ГБН чаще преобладали гипогликемия (ниже 2,6 ммоль/л), холестаза (уровень прямого билирубина выше 20% от общего), геморрагический синдром ( $p<0,05$ ).

На втором этапе выхаживания в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей после второй недели жизни среди поздних осложнений течения ГБН у 24% выявлена нормохромная гипорегенераторная анемия, для коррекции которой в половине случаев подкожно вводился препарат эритропоэтина с учетом показателей ретикулоцитов крови (Эральфон®, Эпокрин®). Лабораторные показатели детей с ГБН на фоне проведения терапии эритропоэтином имели тенденцию к улучшению: RBC ( $10^{*12}/л$ ) до терапии  $2,808\pm 0,43$ , через 10 дней  $3,72\pm 1,34$ ; HGB (г/л) до терапии  $89,7\pm 28,3$ , через 10 дней  $114\pm 10$ ; HCT (%) до терапии  $8\pm 3$ , через 10 дней  $13\pm 9$ ; ретикулоциты (%) до терапии  $5,46\pm 1,79$ , через 10 дней  $33,7\pm 10^{*}$  (\*-  $f = 1$ ; = 6,022;  $p<0,05$ ).

## Заключение

Таким образом, у четверти новорожденных с ГБН (24%) в качестве поздних осложнений регистрировалась нормохромная гипорегенераторная анемия. Коррекция анемии с применением эритропоэтина являлась обоснованным и эффективным методом терапии, который приводил к стимуляции эритропоэза и снижению потребности в трансфузиях эритроцитов. Своевременная диагностика и лечение способствовали благоприятному прогнозу и снижению риска развития осложнений.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ИЗМЕНЕНИЯ ПРОТЕОМА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА И МАЛОВЕСНЫМИ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ.

Волочаева М.В., Стародубцева Н.Л., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Солдатова Е.Е.  
ФГБУ «НМИЦ Акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова»  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации  
г. Москва

### Цель

Изучить изменения протеома плазмы крови у детей с диагностированной задержкой роста плода и маловесными к сроку гестации.

### Материалы и методы

В исследование было включено 50 новорожденных детей. В 1 группу вошли – малые к сроку гестации < 32 недель (n=10), во 2 группу – малые к сроку гестации ≥ 32 недель (n=10), в 3 и 4 группу – рожденные до и после 32 недель (n=10/n=10) соответственно, в 5 группу (МГС) – рожденные маловесными к сроку гестации (≥ 32 недель) (n=10).

### Результаты

В ходе проведенной работы были выявлены статистически значимые корреляции ( $p < 0,05$ ) белков плазмы крови беременной со сроком родоразрешения, длительностью пребывания новорожденных в ОРИТН, состоянием новорожденных по шкале Апгар (1 и 5 минута), показателем уровня лактата и глюкозы у новорожденного, а также с развитием ВЖК у детей. Для прогнозирования кровотечения у новорожденного с ЗРП в раннем неонатальном периоде (легочное, желудочное кровотечение, а также формирование ДВС-синдрома) могут быть использованы следующие белки материнской плазмы крови: аполипопротеин А-IV, связанный с беременностью  $\alpha_2$ -гликопротеин и сывороточную параоксоназу/лактоназу 3, альфа-субъединицы гемоглобина материнской плазмы, белок S100-A9, бета-цепи фибриногена, альфа-1-кислого гликопротеина 1 (оросомукоид) и липополисахарид-связывающий белок. Для прогнозирования развития ВЖК возможно использование изменения уровня двух белков плазмы крови беременной: цинк-альфа-2-гликопротеин и компонент комплемента 1s.

### Заключение

Внедрение протеомных подходов к своевременной неинвазивной диагностики ЗРП и маловесных плодов может стать перспективным подходом к перинатальной заболеваемости и смертности в будущем.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Колганова А.И., Когутницкая М.И., Баркалова Т.А., Чернявская Д.Р.

ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

г. Воронеж

### Цель

Оценить уровень гликемии, кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс у новорожденных, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом.

### Материалы и методы

Проведено одноцентровое проспективное исследование состояния здоровья 70 новорожденных детей от матерей с гестационным сахарным диабетом. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «ВОКБ № 1» Перинатальный центр г. Воронежа. Проанализированы особенности течения раннего неонатального периода новорожденных.

### Результаты

При рождении ребенка от матери с гестационным сахарным диабетом оценивают уровень глюкозы в первые 30–60 минут, далее каждые 3–4 часа в первые 3 суток, затем 1 раз в день с 4 до 6 суток жизни. В проведенном исследовании лишь у 4 (5,7%) новорожденных наблюдалась гипогликемия в первые 30–60 минут после рождения, у 3 новорожденных (4,2%) уровень глюкозы оставался на уровне  $2,3 \pm 0,6$  в течение первых двух суток после рождения. На первом этапе оказания медицинской помощи в условиях родильного дома новорожденным, у которых была выявлена гипогликемия в первые трое суток после рождения, производилось внутривенное введение 10% раствора глюкозы сначала болюсно с расчетом 2 мл/кг массы тела, затем капельно с расчетом 4–8 мг/кг/мин. В возрасте трех суток 3 детей (4,2%) были переведены на 2 этап выхаживания в отделение патологии новорожденных, так как им потребовалось дальнейшее наблюдение и лечение. Средний уровень гликемии исследуемой группы новорожденных составил  $3,28 \pm 0,48$ , что является вариантом нормы. Также у новорожденных от матерей с ГСД часто выявляются нарушения кислотно-основного равновесия в сторону метаболического ацидоза. Первое исследование кислотно-основного состояния пуповинной крови выявило изменения у 8 новорожденных (11,4%) в сторону субкомпенсированного и декомпенсированного метаболического



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

ацидоза. Представленные нарушения потребовали компенсации адекватным энтеральным питанием, субстратом являлось грудное молоко у 5 новорожденных (7,1%) и адаптированная молочная смесь у 3 новорожденных (4,2%). Причиной использования искусственному вскармливанию послужили сопутствующие заболевания у матери. Повторный контроль кислотно-основного состояния крови выявил нарушения лишь у 2 новорожденных (2,9%), что могло быть следствием коморбидной патологии новорожденного. При анализе электролитного баланса у 12 детей (17,1%) была отмечена гипокальциемия. Показатели ионов натрия, калия и хлорида находились в пределах референсных значений. На 1 этапе выхаживания состояние гипокальциемии потребовало коррекции с помощью инфузионной терапии с 10% раствором кальция глюконата. После инфузии гипокальциемия у всех 12 новорожденных была компенсирована.

## Заключение

Большинство новорожденных, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом имеют нормальные показатели кислотно-основного состояния крови, гликемии и показателей кальциевого обмена, что указывает на эффективность проводимой терапии во время беременности и самоконтроля за поддержанием уровня глюкозы в пределах референсных значений.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИАЛЬНОГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО С ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ И ДЕФИЦИТОМ ПРОТЕИНА С

Петрученя А.В.<sup>1</sup>, Устинович Ю.А.<sup>1</sup>, Кривенок Д.В.<sup>2</sup>

*1 УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

*2 ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» г. Минск,*

*Республика Беларусь*

*г. Минск*

## Цель

Рассмотреть подход диагностики врожденной патологии системы гемостаза на фоне генерализации врожденного инфекционного заболевания.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Представлен клинический случай новорожденного ребенка с редким диагнозом: Бактериальный сепсис. Инфаркт печени. Врожденная тромбофилия, дефицит протеина С.

## Результаты

Новорожденный ребёнок – девочка, 36 недель гестационного возраста, масса тела при рождении 3900 г, физическое развитие – вышесреднего дисгармоничное (по данным диаграммы Fenton). От 1 беременности, 1-ые роды, родоразрешение путём планового кесарево сечения. Беременность протекала на фоне сахарного диабета 1 типа, класс Д, клинико-метаболическая субкомпенсация, умеренной преэклампсии, диабетической нефропатии, хронической болезни почек С2, диабетической ретинопатии 1 степени (непролиферативная), диабетической полинейропатии, кандидозного кольпита, носитель *St. Haemolyticus* 10\*4. Общее состояние при рождении было тяжёлое, обусловлено легочно-сердечной недостаточностью. В операционной была проведена интубация трахеи с последующей искусственной вентиляцией лёгких (ИВЛ). ИВЛ длилось 5 суток. В отделении интенсивной терапии интратрахеально получила сурфактант – Сурванта 300 мг. С целью стабилизации гемодинамики и улучшения конкратильной функции сердца проводилась кардиотоническая и вазоактивная терапия: дофамин, адреналин. На фоне генерализации врождённой инфекционной патологии развился синдром полиорганной недостаточности, в течение первых суток жизни развился тромбоз венозных сосудов печени по данным ультразвуковой диагностики органов брюшной полости, а также эхопризнаки гепатомегалии, выраженных диффузных изменений в паренхиме печени. Консультация гематолога: сохранение гиперкоагуляции в динамике на фоне введения гепарина в дозе 100 Ед/кг/сутки. Увеличение титрования гепарина до 250 Ед/кг/сутки с контролем гемостазиограммы. В первые сутки жизни АЧТВ – 33,1 сек, АЧТВ ratio 1,2. Д-димеры на начало 2 суток жизни 6 480 нг/мл с последующим ростом к 7 суткам жизни до 22 000. Были взяты образцы биологических жидкостей новорожденного ребенка на микробиологическое исследование, молекулярно-биологическое исследование (ПЦР на TORCH). Результаты оказались отрицательными. После определения уровня протеина С (снижен) выставлен диагноз: врожденный дефицит протеина С. После проведения симптоматической терапии: коррекция гиповолемических осложнений, вазопрессивная поддержка, антибактериальная терапия, коррекция гемостаза, гепатопротекторы ребенок был стабилизирован и выписан с рекомендациями на амбулаторный этап оказания медицинской помощи.

## Заключение

Из-за разнообразной клинической картины, того заболевания, как сепсис, редко можно заподозрить врожденный дефицит протеина С. В то же время, во время





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

диагностического поиска исключались такие состояния, как: синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, инфекционные осложнения. В первые сутки жизни новорожденного ребенка более ожидаемо состояние гипокоагуляции и склонность к кровотечениям, однако может встречаться ситуации с противоположными клиническими проявлениями.

## ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРВИТАМИНОЗА Д У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Саханова Ю.В., Нароган М.В., Сухова Ю.В., Иванец Т.Ю., Рюмина И.И.

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

### Цель

Определить факторы риска развития гипервитаминоза Д у глубоко недоношенных детей.

### Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование уровня 25(OH)D у глубоко недоношенных детей, наблюдавшиеся в неонатальных отделениях НМИЦ АГП им В.И. Кулакова с 2019 по 2023г. Выделены 2 группы. 1 группа (25 человек) с повышенным уровнем 25(OH)D в крови. 2 группа (47 человек) с уровнем 25(OH)D менее 100 нмоль/л. Проведен сравнительный анализ двух групп.

### Результаты

Гестационный возраст составил 29 [23–31] (Me [min-max]) и 28 [25–31] нед., масса тела при рождении 1160 [600–1830] и 1123 г [580–1890] в 1 и 2 группе соответственно. Задержка внутриутробного развития встречалась у 8/35% детей 1-й группы и у 9/19% – 2-й. По длительности парентерального питания группы не отличались: 15,5 [3–46] и 14 [4–37] суток, соответственно. Витамин Д в составе парентерального питания получали почти все пациенты (22/88% и 39/83%). Энтеральное питание проводилось обогащенным грудным и/или молочными смесями для недоношенных детей по физиологической потребности. Частота искусственного вскармливания значительно отличалась: 3/12% и 10/22% ( $p=0.018$ ).



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

В 1-й группе витамин Д внутрь был назначен с 17 с.ж. [8–30]: в дозе 500 МЕ – 2/8%, в дозе 1000 МЕ – 23/92%. Определение 25(OH)D в крови выполнено на 68 [36–155] сутки, его уровень составил 114,9 [100,5–120,0] нмоль/л.

Во 2-й группе витамин Д внутрь назначен с 19 [7–40] суток: в дозе 500 МЕ – 38/81%, в дозе 1000 МЕ – 9/19%. Определение 25(OH)D в крови проводили на 68 [35–187] сутки, значения составили 54,7 [14,4–98,7] нмоль/л. Недостаточность витамина Д была у 9/19% детей.

В группе 1 чаще отмечалось назначение витамина Д внутрь в дозе 1000 ЕД/сут по сравнению со 2-й группой (92% против 19%,  $p < 0,05$ ).

## **Заключение**

Назначение глубоко недоношенным детям 500 ЕД в сутки витамина Д внутрь при условии адекватного питания, как правило, достаточно для профилактики гиповитаминоза Д, а назначение 1000 ЕД может приводить к гипервитаминозу Д.

## НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В 2022– 2023 ГОД АЛТАЙСКОМ КРАЕВОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Свищева М.Е., Черданцева С.Ю., Макарьева Т.В.

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

## **Цель**

Проведение электрокардиографии в период новорожденности с целью выявления нарушения структуры врожденных пороков сердца, нарушений ритма и проводимости.

## **Материалы и методы**

Исследования проводились всем 10996 новорожденным за 2022 и 9 мес 2023 года в перинатальном центре третьего уровня в трех неонатальных отделениях на портативном электрокардиографе MAC 600 (General Electric), эхокардиография, нейросонография, суточное мониторирование ЭКГ.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Результаты

В 2022 и 9 мес. 2023 года в Алтайском краевом клиническом перинатальном центре проведено 10996 исследований ЭКГ новорожденным. За данный период диагностировано 30 (3,7%) случаев нарушения ритма сердца у новорожденных детей. Наджелудочковая тахикардия – 5 случаев из них с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта 2 случая, наджелудочковая экстрасистолия – 7 случаев. Наджелудочковая тахикардия с наджелудочковой экстрасистолией – 2 случая. Синусовая брадиаритмия – 10 случаев, синдром укороченного интервала PQ – 2 случая. Наджелудочковая экстрасистолия с синусовой брадикардией – 2 случая, непароксизмальная синусовая тахикардия – 1 случай, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия с переходящей атриовентрикулярной блокадой 1 степени. – 1 случай. Установлено, что одним из ведущих патофизиологических механизмов аритмий у детей является снижение адаптационно-трофических влияний симпатического отдела вегетативной нервной системы на сердце. При адекватном внутриутробном созревании после 14 недель развития происходит дифференцировка адренергического аппарата сердца, вращание нервных волокон в развивающееся сердце. При патологии беременности и родов иннервация сердца может измениться. При отягощенном акушерском анамнезе необходимо дополнительное обследование новорожденного у кардиолога.

## Заключение

Неонатальные нарушения ритма сердца в большинстве случаев носят временный характер и отражают функциональное состояние периода адаптации.

Нарушения ритма сердца могут иметь разное клиническое значение, то есть быть как благоприятными, транзиторными, так и очень опасными. Дальнейшее ведение этих больных требует повышенного внимания в интерпретации полученных данных и требует расширенных навыков при видения клинической картины новорожденного ребенка в целом.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ВРОЖДЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ КАК ПРИЧИНА РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

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

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

### Цель

Анализ частоты врожденной пневмонии как причины ранней неонатальной смерти в Российской Федерации в период пандемии COVID-19.

### Материалы и методы

На основании статистических форм А-05 Росстата проведен сравнительный анализ показателей ранней неонатальной смерти от врожденной пневмонии в Российской Федерации в 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) и в 2017–2019 гг (контрольный период). Оценивали долю и показатели неонатальной смертности смерти новорожденных от врожденной пневмонии.

### Результаты

В 2017–2019 гг (3-х летний период до COVID-19, контрольный период) в Российской Федерации было зарегистрировано 8513 случаев смерти новорожденных в первые 168 часов жизни. При этом количество умерших новорожденных в 2019 г по сравнению с 2017 г и 2018 г снизилось на 24,4% и 10,5% соответственно. В период 2020–2022 гг (период пандемии COVID-19) продолжилась тенденция дальнейшего снижения количества умерших новорожденных, в 2022 г их количество составило 1870. Общее количество умерших новорожденных в 2020–2022 гг составило 6337, что на 25,6% меньше значений контрольного периода. 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, снизилось на 14,1% (1,783‰ в 2017–19 гг и 1,531‰ в 2020–2022 гг).

Врожденная пневмония, то есть развившаяся в результате ante- и/или интранатального инфицирования и имеющая клинико-рентгенологические проявления в первые 72 ч жизни ребенка за исключением аспирационной, фигурировала в качестве первоначальной причины ранней неонатальной в Российской Федерации в 2017–2019 гг в 729 случаях, снижаясь с 307 в 2017 г до 222 и 200 в 2018 г и 2019 г соответственно. В период пандемии COVID-19 зарегистрировано увеличение количества наблюде-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

ний врожденной пневмонии в структуре причин смерти новорожденных по сравнению с 2019 г: на 17,0%, 10,5% и 2,0% в 2020 г, 2021 г и 2022 г соответственно. Общее же количество наблюдений врожденной пневмонии снизилось на 9,6% по сравнению с контрольным периодом. При этом установлено увеличение доли врожденной пневмонии среди первоначальных причин ранней неонатальной смерти в период COVID-19 (10,4%) по сравнению с предыдущим 3-х летним периодом (8,6%). Значения показателя ранней неонатальной смертности от врожденной пневмонии также возросли (на 4,3%) в период COVID-19 (0,159‰) по сравнению с контрольным периодом (1,153‰). При этом как в период до COVID-19, так и в период COVID-19 отмечено снижение значений показателя ранней неонатальной смертности: на 25,8% (с 0,182‰ до 0,135‰) в 2017–2019 гг и на 4,3% (с 0,163‰ до 0,156‰) в 2020–2022 гг.

## Заключение

В 2020–2022 гг (в период пандемии COVID-19) по сравнению с 2017–2019 гг (период до COVID-19) в целом по Российской Федерации установлено уменьшение абсолютного количества новорожденных, умерших в первые 168 часов жизни, и значений показателя ранней неонатальной смертности. Одновременно в структуре причин ранней неонатальной смерти в 2020–2022 гг отмечено увеличение доли и значения показателя ранней неонатальной смертности вследствие врожденной пневмонии, что свидетельствует о негативном влиянии SARS-CoV-2 на развитие и исходы врожденной пневмонии у новорожденных.

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

Хаджилаева Ф.Д.

ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
г. Ставрополь

### Цель

Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с врожденными пороками развития у плода в условиях КЧР.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Материалы и методы

Ретроспективный анализ течения беременности и родов у женщин с врожденными пороками развития у плода по историям родов перинатального центра г. Черкесска за 2021г.

## 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 врожденными 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 физиологическим течением беременности: ВУГП – 9.52%, СЗРП и антенатальная гибель – в исследуемой группе отмечены не были.

## Заключение

Необходимо организовать мероприятия по устранению ВПР при планировании беременности и проводить активную пренатальную диагностику в случае их наличия. Проводить комплекс мероприятий, направленных на улучшение здоровья лиц фертильного возраста, их способности к воспроизводству и рождению здорового потомства.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ COVID-19: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Хотько Е.А., Филон Н.А., Давыдов А.Ю.

Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница»  
г. Минск

### Цель

Описать клинический случай развития некротического энтероколита у доношенного новорожденного от матери, перенесшей COVID-19 во время беременности.

### Материалы и методы

В данной работе представлены результаты лабораторных и инструментальных исследований клинического случая некротического энтероколита 3Б степени у доношенного новорожденного, родившегося от матери, перенесшей COVID-19 во время беременности.

### Результаты

Ребенок М. от 2 беременности, 1 родов через естественные родовые пути в сроке 40 недель, с массой тела при рождении 3710 г доставлен в отделение анестезиологии и реаниматологии УЗ «Минская областная детская клиническая больница» на 11 сутки жизни из родильного дома с явлениями пареза кишечника и энтеральной недостаточности. Из анамнеза известно, что во время беременности мать перенесла COVID-19 на 14–15 и 34 неделях в легкой форме. При рождении ребенок здоров, оценка по Апгар 8/9, находился на грудном вскармливании. При гистологическом исследовании плаценты было обнаружено несоответствие ее размера гестационному возрасту, отмечались выраженные признаки старения, тощая пуповина, хориоретинит на фоне субтотальных некрозов и кровоизлияний в плодные оболочки; отмечалась хроническая субкомпенсаторная плацентарная недостаточность.

На 10 сутки жизни появилось вздутие живота, рвота дважды без патологических примесей, стул желтый 5 раз с примесью слизи. На 11 сутки наблюдались рвота зеленью, отсутствие стула, по УЗИ органов брюшной полости – пневмоперитонеум.

При рождении ребенка лабораторные анализы крови характеризовались отсутствием патологических изменений. На 11 сутки жизни отмечалась тенденция к лейкопении до  $7 \cdot 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево с преобладанием сегментоядерных нейтрофилов (до 75%); уровень тромбоцитов и показатели красной крови оставались в норме. При этом регистрировались высокие цифры маркеров воспаления: повышение прокальцитонина до 7 нг/мл, СРБ – 305 мг/мл, уровень интерлей-



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

кина-6 – 31 пг/мл. В крови ребенка, взятой при поступлении, обнаружены антитела IgG к SARS-CoV-2 – 11 Ед/мл.

Ребенку выполнена лапаротомия: отмечены явления некротического энтероколита 3Б с перфорацией подвздошной кишки, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Резецировано 10 см тонкой кишки с выведением двойной отдельной илеостомы. Ранний послеоперационный период осложнился явлениями полиорганной недостаточности.

Ребенку осуществлялась инотропная поддержка, имела место продленная ИВЛ до 10 суток. Отмечено развитие ДВС-синдрома. Энтеральное питание началось с 8 суток после хирургического вмешательства. На 23 сутки после операции ребенок переведен в педиатрическое отделение.

## Заключение

Некротический энтероколит – заболевание кишечника, которому более подвержены недоношенные дети. Заболеваемость доношенных – 10–20%. В представленном случае инфекция COVID-19, перенесенная матерью во время беременности, явилась фактором развития данного заболевания у доношенного ребенка без сопутствующей патологии, обусловила более тяжелое его течение и парадоксы иммунного ответа.

## СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПОДХОДЫ К ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Чернявская Д.Р., Першина Е.С., Баркалова Т.А., Колганова А.И.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России  
г. Воронеж

## Цель

Рассмотреть актуальность и современные аспекты течения ГБН, последствия данной патологии, основные лабораторные показатели и часто встречающиеся коморбидные состояния.

## Материалы и методы

Проведено одноцентровое ретроспективное исследование новорожденными с диагнозом ГБН, получавших лечение с января 2022 года по сентябрь 2023 года на базе ПЦ г. Воронеж. Проведен анализ течения беременности, факторов риска,



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

особенностей раннего неонатального периода, динамической оценки лабораторных показателей и лечения.

## Результаты

Среди всех исследуемых 61% составляли новорожденные мужского пола, 39% – женского пола. При анализе факторов риска со стороны матери только в 43% случаев отмечались аборт или выкидыши в анамнезе, а данная беременность лишь в 34% была резус-сенсibilизирована. В 70% данная беременность закончилась естественными родами, в 30% же родоразрешение проводилось путем кесарева сечения. Среднее значение общего билирубина в пуповинной крови составляло 63,0 мкмоль/л, а средний почасовой прирост в первые 24 часа жизни – 8,2 мкмоль/л/ч. В клиническом анализе крови при рождении у 25% детей уровень гемоглобина составлял менее 160 г/л, средний показатель ретикулоцитов – 43%. Положительная прямая проба Кумбса при рождении отмечалась у 57% новорожденных. Лишь 23% из всех детей реализовали тяжелую анемию, потребовавшую трансфузию ЭМОЛТ, в среднем, на 6-е сутки жизни. Операция заменного переливания крови проводилась в 24% случаев, введение препаратов иммуноглобулинов – 33%.

Средняя продолжительность пребывания в отделении патологии новорожденных составляла 14 дней, средний уровень гемоглобина на момент выписки – 142 г/л, средний уровень общего билирубина на момент выписки – 103 мкмоль/л, при этом положительная проба Кумбса осталась лишь у 19% детей. Что касается основной причины гемолитической болезни новорожденных, то 60% приходилось на резус-конфликт, где тяжелое течение составляло не менее 25%. Из сопутствующей патологии отдельно хочется выделить внутриутробную инфекцию (64%), врожденную пневмонию (11%), церебральную ишемию (51%), внутрижелудочковые кровоизлияния I степени (13%).

## Заключение

Гемолитическая болезнь новорожденных на сегодняшний момент не теряет своей актуальности. Исход заболевания зависит от течения беременности, от компенсаторных возможностей организма ребенка и коморбидного фона.

При своевременной диагностике, полном сборе анамнеза и правильно подобранном лечении, вид которого решается индивидуально в каждом конкретном случае, мы можем улучшить прогноз исхода заболевания и снизить проявление отдаленных последствий. Развитие новых технологий в области лечения ГБН могут увеличить результаты лечения у новорожденных с этим состоянием.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗУ СЛУЧАЕВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ

Шестак Е.В., Светлакова Д.В., Ковтун О.П.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Екатеринбургский клинический перинатальный центр»  
г. Екатеринбург

### Цель

Выявить и провести анализ случаев, негативно влияющих на качество оказания медицинской помощи в отделении реанимации новорождённых

### Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ОРИТН Екатеринбургского клинического перинатального центра на протяжении 6 месяцев 2022 года. За указанный период госпитализацию прошли 411 пациентов, а в исследовании приняло участие 15 врачей и 27 медицинских сестёр

### Результаты

Зарегистрировано 200 случаев, из которых врачом выявлены – 149 (74,5%), а медицинской сестрой – 51 (25,5%). По скорости выявления случаи распределились следующим образом: сразу выявлено 66 (33%), в течение 3х часов 48 (24%), в течение суток 66 (33%) и более суток 20 (10%). По возможному нанесению вреда пациенту распределились следующим образом: нет вреда пациенту 40 (20,0%), мог нанести вред, но не достиг пациента 29 (14,5%), достиг пациента, но не навредил 74 (37,0%), вероятно, нанёс вред пациенту 57 (28,5%). Среди первопричин случаев определены: компетенции врача 115 (57,5%), компетенции сестры 34 (17,0%), обновление и обслуживание оборудования 33 (16,5%), компетенции врача и сестры 10 (5,0%), организационные моменты 5 (2,5%), работа психолога 3 (1,5%). Предотвратимыми признаны 186 (93%) и вероятно предотвратимыми 14 (7%) случаев, непредотвратимых в исследовании не выявлено. Из 57 случаев, вероятно нанёсших вред пациенту, врачом зарегистрированы 47 (82,5%) и медицинской сестрой 10 (17,5%). Выделены 52 (91,2%) предотвратимых случая и 5 (8,8%) вероятно предотвратимых, непредотвратимых случаев не зарегистрировано. По времени выявления случаи, вероятно нанёсшие вред пациенту распределены следующим образом: обнаружены сразу 18 (31,6%), в течение 3х часов 10 (17,5%), в течение суток 22 (38,6%) и более суток 7 (12,3%). Среди причин



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

случаев вероятно нанёсших вред пациенту выявлены проблемы связанные с назначениями 17 (29,8%), уходом 13 (22,8%), диагностикой 9 (15,8%), оборудованием 9 (15,8%), нарушением коммуникаций 5 (8,8%) и манипуляциями 4 (7,0%)

## **Заключение**

На первом месте по первопричинам находятся компетенции медицинского персонала. На основании полученных данных разработана система мероприятий по непрерывному образованию и стимуляции сотрудников в повышении профессиональных компетенций. С первых дней исследования, сотрудники стали более критично оценивать рутинные мероприятия и ежедневные процедуры по уходу и лечению пациентов. Единственно верным и современным способом повышение качества медицинской помощи является системное выявление случаев, анализ и принятие мер по их профилактике.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис  
нажмите нaнужный  
пункт содержания

### Анестезиология-реаниматология

- 3 **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ**  
Агабекян В.С., Карташева С.В., Токарева В.В., Безверхий А.А., Арабаджан С.М.
- 4 **КОРРЕКЦИЯ ПОЛИОРГАНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С HELLP-СИНДРОМОМ**  
Арабаджан С.М., Агабекян В.С., Ужакин В.В., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В.
- 6 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ**  
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.
- 7 **ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**  
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.
- 8 **СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ТПО У ПАЦИЕНТОК С HELLP СИНДРОМОМ.**  
Бадмажапов А.С., Немытченко В.А., Кузнецов А.О., Громов Ф.А., Виговская С.А., Дедик Е.В., Баранов Ю.И., Попова Е.И.
- 10 **МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**  
Бадмажапов А.С., Немытченко В.А., Кузнецов А.О., Громов Ф.А., Виговская С.А., Дедик Е.В., Баранов Ю.И., Попова Е.И.
- 11 **ОЦЕНКА СЕРДЕЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ**  
Вечорко В.И., Ляшко Е.С., Конышева О.В., Арустамян Р.Р., Лукина Н.Н., Хаиндрава А.Т., Цыганова М.С.
- 13 **ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРА ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С HELLP-СИНДРОМОМ**  
Лаврик М.В., Казакова А.С., Кузмина Е.А., Паничкина А.А., Ильина М.П.





# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

- 15 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**  
Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Якубова Д.И.
- 16 **ЗНАЧЕНИЕ «ЖЕСТКОЙ» ГИПЕРУРИКЕМИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**  
Орешников Е.В., Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Орешникова С.Ф., Орешников А.В.
- 17 **ОСОБЕННОСТИ СЕДАЦИИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОЖЕНИЦ С ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**  
Орешников Е.В., Орешникова С.Ф., Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Орешников А.В.
- 18 **ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**  
Рахмонова Ш.Х., Курбанов Б.Б.
- 19 **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЕНОГЕСТА И АГНРГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ.**  
Рахмонова Ш.Х., Курбанов Б.Б.
- 20 **МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**  
Савицкая В.М., Дражина О.Г., Кузнецов Я.О., Бобкова В.Д.
- 21 **ФОНОВЫЕ ФАКТОРЫ МИОМЫ МАТКИ**  
Савицкая В.М.<sup>1</sup>, Дражина О.Г.<sup>1</sup>, Недень Л.Ч.<sup>1</sup>, Рубинштейн И.А.<sup>2</sup>, Рубинштейн Ю.Д.<sup>2</sup>.
- 23 **ТРЕТИЙ ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ И ИНФАРКТ МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**  
Студенов Г.В., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Веккер И.Р., Ржанников А.С.

## Организация медицинской помощи новорожденным

- 25 **ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД**  
Васильев С.А., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Виктор С.А.
- 26 **ТОЛЩИНА ФЕТАЛЬНАЯ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКА КАК МАРКЕР НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФЕТАЛЬНОЙ МАКРОСОМИИ**  
Виктор С.А.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

- 28 **ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МИКРОФЛОРЫ И СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**  
Дражина О.Г., Савицкая В.М., Илькевич Н.Г., Саржевская Е.А., Гойлова А.В.,
- 30 **АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ 25(ОН)D НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2**  
Косинова С.Р., Петрушина А.Д., Яркова И.А., Картоева З.Ю.
- 31 **СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**  
Лялюшкина А.Л., Озябкина Е.Н., Лобанов А.В.
- 33 **ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСОВ СУРРОГАТНОЙ ОЦЕНКИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ**  
Прилуцкая В.А., Гончарик А.В.
- 34 **НЕИНВАЗИВНЫЙ СКРИНИНГ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ДАУНА.**  
Тоноян Л.А., Маркова Е. В., Якубова Д.И.
- 35 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**  
Хаджилаева Ф.Д.
- 37 **ЛОКАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ 3 УРОВНЯ**  
Черданцева С.Ю., Свищева М.Е., Ясашная М.С.
- 39 **АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭЭГ ДЛЯ МОНИТОРИНГА МОЗГОВОЙ АКТИВНОСТИ В АНЕСТЕЗИИ И РЕАНИМАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**  
Щеглов Б.О., Щеглова С.Н.
- 40 **РОЛЬ ХОРИОАМНИОНИТА В РАЗВИТИИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**  
Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Чаусов А.А.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

## Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

- 43 **КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ**  
Белкова Т.Н., Пальянов С.В., Оксеньчук Т.В., Игнатчик Д.С.
- 44 **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ФРАКЦИЙ СТРУКТУРНЫХ ГЕМОГЛОБИНОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА И ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ**  
Гераськин В.А., Гераськин И.В., Дерюгина А.В., Гераськина Н.В.
- 46 **ДИНАМИКА СРОДСТВА СТРУКТУРНЫХ ГЕМОГЛОБИНОВ КРОВИ К КИСЛОРОДУ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯХ.**  
Гераськин И.В., Гераськин В.А., Дерюгина А.В.
- 48 **АССОЦИАЦИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРАММОНИЕМИИ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Ипполитов А.Л., Соколова Е.В., Дегтярева Н.Д., Дегтярева А.В.
- 49 **ЗНАЧИМОСТЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ**  
Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Бойдак М.П.<sup>1,2</sup>, Пристром И.Ю.<sup>2</sup>
- 51 **АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА СРАР ТЕРАПИИ В РОДОВОМ ЗАЛЕ У ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Старков В.Ю., Шестак Е.В., Ковтун О.П.
- 52 **ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА СРАР-ТЕРАПИИ В РОДОВОМ ЗАЛЕ У ДОНОШЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**  
Старков В.Ю., Шестак Е.В., Ковтун О.П.
- 54 **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНЫХ НАЗАЛЬНЫХ КАНЮЛЬ (HFNC) В УСЛОВИЯХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**  
Старков В.Ю., Шестак Е.В., Корнет Н.С., Ковтун О.П.
- 55 **ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ «ЭРИТРОН» У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С АСФИКСИЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ**  
Таранушенко Т.Е., Паршин Н.А., Ваганов А.А., Селянкина Л.Н., Трифанова В.Н., Бурлаченко Ю.В., Боярчук М.О.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

- 57 **ИСХОДЫ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ**  
Хаджилаева Ф.Д.
- 58 **ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА РОСТ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**  
Якубова Д.И., Царькова М.А., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Чобанян А.Г.

## Респираторная терапия новорожденных

- 60 **ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ НОСА ВСЛЕДСТВИЕ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ  
ТЕРАПИИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**  
Шестак Е.В., Старков В.Ю., Ковтун О.П.
- 61 **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТЕРАПИИ  
ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Шестак Е.В., Ковтун О.П.

## Болезни новорожденных

- 63 **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО  
ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Анциферова Е.В., Рубцова С.О., Ресницкий П.А., Таскина П.Н., Трифанова В.Н.,  
Донейко В.Н., Селянкина Л.М., Таранушенко Т.Е.
- 64 **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ  
С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19**  
Баркалова Т.А., Когутницкая М.И., Чернявская Д.Р., Колганова А.И. ВГМУ им Н.Н. Бурденко  
г. Воронеж
- 66 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
НОВОРОЖДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**  
Бармина Ю.Е., Гарина С.В., Белкина Н.Р.
- 67 **ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ  
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Белкова Т. Н., Дворжецкая О.В., Ходинская А.В., Русинова Т.Г., Маначкина Ю.В.,  
Кайгородцева А.А.
- 69 **ИЗМЕНЕНИЯ ПРОТЕОМА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ  
ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА И МАЛОВЕСНЫМИ К СРОКУ ГЕСТАЦИИ.**  
Волочаева М.В., Стародубцева Н.Л., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Солдатова Е.Е.



# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

В начало

Содержание

- 70 **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**  
Колганова А.И., Когутницкая М.И, Баркалова Т.А., Чернявская Д.Р.
- 71 **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИАЛЬНОГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННОГО С ВРОЖДЁННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ И ДЕФИЦИТОМ ПРОТЕИНА С**  
Петрученя А.В.<sup>1</sup>, Устинович Ю.А.<sup>1</sup>, Кривенок Д.В.<sup>2</sup>
- 73 **ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРВИТАМИНОЗА Д У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Саханова Ю.В., Нароган М.В., Сухова Ю.В., Иванец Т.Ю., Рюмина И.И.
- 74 **НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В 2022–2023 ГОД АЛТАЙСКОМ КРАЕВОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**  
Свищева М.Е., Черданцева С.Ю., Макарьева Т.В.
- 76 **ВРОЖДЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ КАК ПРИЧИНА РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**  
Туманова У.Н., Щеголев А.И., Шувалова М.П.
- 77 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА**  
Хаджилаева Ф.Д.
- 79 **НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ COVID-19: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**  
Хотько Е.А., Филон Н.А., Давыдов А.Ю.
- 80 **СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПОДХОДЫ К ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Чернявская Д.Р., Першина Е.С., Баркалова Т.А., Колганова А.И.
- 82 **ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗУ СЛУЧАЕВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ**  
Шестак Е.В., Светлакова Д.В., Ковтун О.П.