



27–29 ноября 2024 года

**XVII** ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

**МАТЕРИАЛЫ  
КОНГРЕССА**

XVII ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

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

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

М., 2024 – 69 с.

Под редакцией:

Зубкова В.В.,

Силаева Б.В.

27–29 ноября 2024 года

г. Москва

ISBN 978-5-6050684-4-0

© «МЕДИ Ивент», 2024



# Анестезиология- реаниматология

## ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю.

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

### Цель

Анализ возможных рисков развития осложнений при проведении операции гистерорезектоскопии.

### Материалы и методы

Проведено 218 операций гистерорезектоскопия у пациенток с бесплодием с различной патологией (полипы тела матки, внутриматочная перегородка, субмукозная миома матки и другие). Длительность операции составила 15-85 мин, общая кровопотеря 5-47 мл.

### Результаты

Для диагностики гипергликемии и своевременной коррекции всем пациенткам во время операции каждые 3-5 минут исследовали уровень гликемии (с помощью портативного глюкометра непосредственно в операционной), а также каждые 5-7 минут определяли водный баланс (объем глюкозы вводимой внутриматочно через гистероскоп и выводимой из полости матки). У 217 пациенток при мониторинговании уровня глюкозы показатели варьировали – от 6,4 до 12,7 ммоль\л, течение гистерорезектоскопии протекало стабильно и без каких-либо осложнений, в связи с чем операции были проведены в полном объеме. Однако у одной пациентки уже через 3-5 минут после начала операции наблюдалась выраженная гипергликемия до 28,8 ммоль\л, в связи с чем, операция была остановлена для проведения коррекции уровня гликемии введением инсулина. Кроме гипергликемии у больной отмечался подкожный отек в области шеи. После проведения коррекции и нормализации водного баланса в течение 15-30 минут уровень гликемии составил 8,4-11,2 ммоль\л,



подкожный отек в области шеи значительно уменьшился, состояние пациентки улучшилось, больная в сознании, адекватна.

Таким образом, для безопасного проведения гистерорезектоскопии необходимо соблюдение следующего алгоритма:

1. Для своевременной диагностики высокой гипергликемии и проведения соответствующей коррекции целесообразно наблюдение за уровнем глюкозы каждые 3-5 минут.

2. При проведении гистерорезектоскопии необходим тщательный контроль за расходом объема вводимой внутриматочно жидкости (раствор глюкозы) и выводимой из полости матки. При положительном водном балансе более 700 мл, введение мочегонных препаратов, возможно альбумина, а при необходимости, – немедленное прекращение операции и проведение коррекции гликемии и жидкостного баланса с целью профилактики отека легких.

3. Обеспечить качественный состав инфузионной терапии, и в особенности темп инфузий (в зависимости от регулярно подсчитываемого водного баланса).

### **Заключение**

Гистерорезектоскопия является малоинвазивной операцией, и как правило, хорошо переносится больными, поскольку отсутствует интраоперационная травма передней брюшной стенки, минимальная травма стенок матки и минимальная кровопотеря, что позволяет сохранить репродуктивные органы и избежать радикальных операций у женщин с бесплодием. Использование данного алгоритма при проведении гистерорезектоскопии способствует благоприятному течению операции гистерорезектоскопия.



## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ПРИ HELLP- СИНДРОМЕ В ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Белова А.С., Ржанников А.С., Веккер И.Р., Студенов Г.В.

ГАУЗ «ООКБ No2» Областной перинатальный центр  
г. Оренбург

### Цель

Анализ применения методик экстракорпоральной гемокоррекции в Областном Перинатальном Центре на примере клинического случая.

### Материалы и методы

Клинический случай применения терапевтического плазмообмена (ТПО) и УГДФ при HELLP- синдроме с ОПП.

### Результаты

С начала 2024 года в отделении реанимации ПЦ применялись методики экстракорпоральной гемокоррекции: гемодиализация, ультрагемодиализация, ЛПС-сорбция, терапевтический плазмообмен.

Показания для проведения были: криптогенный гепатит (4-5-е сутки после экстренного оперативного родоразрешения), сепсис и постреанимационная болезнь (1-е, 2-е и 4-е сутки после самопроизвольного выкидыша в сроке 18 недель), HELLP синдром, ОПП.

Пациентка Н., 32 лет доставлена по санавиации в ОПЦ с диагнозом: 2-е сутки после 3 ранних преждевременных оперативных родов в сроке 31 неделя 5 дней. Эклампсия. HELLP синдром. Хроническая АГ. При поступлении состояние тяжелое- уровень сознания 13 баллов по ШКГ, выраженные отеки (анасарка), гипертензия, олигоурия. По данным лаборатории: гипопротенемия (общий белок- 52 г/л, альбумин- 24 г/л), азотемия (креатинин- 310 мкмоль/ л, мочевины- 11 ммоль/л), гипербилирубинемия (122 мкмоль/л, прямой- 59,8 мкмоль/л), повышение уровня ЛДГ (4785 МЕ/л), печеночных трансаминаз (Алт- 3572 МЕ/л, Аст- 3232 МЕ/ л), тромбоцитопения ( $35 \cdot 10^9$ /л), анемия средней степени (105 г/л), шизоцитоз. ADAMTS 13 в норме.

Было проведено 2 сеанса ТПО (1-1,5 ОЦП), без осложнений. Учитывая ОПП (Градации C5 KDIGO), проведено 2 сеанса продолжительной УГДФ с цитратной антикоагуляцией.



Отмечалась значительная положительная динамика- клинически и по данным лабораторных анализов, что явилось показанием для отмены экстракорпоральной гемокоррекции.

### **Заключение**

На базе ОПЦ функционирует акушерский дистанционный консультативный центр с выездными акушерско- гинекологическими и анестезиолого- реанимационными бригадами. Акушерский и гинекологический стационары имеют областное значение и сосредотачивают самых тяжёлых и сложных пациентов города и области, имея технические и физические возможности для диагностики и лечения.

## **ПОСТАНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ГИПОНАТРИЕМИЯ КАК ПРИЧИНА РЕЗКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»  
Минздрава РФ  
г. Ставрополь*

### **Цель**

Представить описание пациентки, у которой после операции кесарева сечения (КС) развились нарушения психического статуса. Причиной оказалась острая гипонатриемия.

### **Материалы и методы**

Наблюдалась 27-летняя беременная вторым ребёнком (девочкой). В силу акушерского анамнеза – была ориентирована на КС. Операция КС прошла без особенностей. Вскоре после этого у пациентки развился делирий. Введение в/в антипсихотика (АП) галоперидола (10 мг) – без эффекта.

### **Результаты**

Спустя 4 часа после введения АП были получены результаты рутинного исследования электролитов крови. Была обнаружена острая гипонатриемия (114 мэкв/л, при норме не ниже 135 мэкв/л).

В/в введение 15% раствора маннитола (400 мл), запрет питья простой воды с заменой её на р-р Регидрона, осторожная инфузия 3% р-ра NaCl (100 мл) и последующая



инфузия 500 мл 0,9% NaCl — привели к быстрому улучшению психического состояния пациентки, восстановлению адекватного отношения к ребёнку, началу лактации и кормления грудью. Повторное измерение концентрации Na в крови после окончания инфузии NaCl дало результат 137 мэкв/л.

Важно помнить, что беременность и роды являются факторами риска развития гипонатриемии по целому ряду причин. В частности, имеет значение то, что прогестерон — физиологический антагонист альдостерона.

Процесс физиологических родов инициируется окситоцином (имеющим, наряду с маточным, вазопрессин-подобное, задерживающее воду, действие) и простагландинами (усиливающими почечный кровоток и натрийурез). А прекращение существования плаценты — означает резкое снижение концентрации в крови производимых ею и задерживающих натрий эстрогенов, альдостерона, ангиотензина II.

Фактором риска развития гипонатриемии является также кесарево сечение (КС) и его анестезиологическое обеспечение. Ряд применяемых в анестезиологии лекарств тоже способны вызывать гипонатриемию.

### **Заключение**

О риске развития гипонатриемии во время беременности и родов, а также о том, что анестезиологическое обеспечение (опиоиды, седатики, НПВС и т.п.) — тоже могут быть факторами риска гипонатриемии — не следует забывать.

Гипонатриемия может быть причиной нарушений психического статуса. Введение АП может усугубить гипонатриемию, поскольку увеличивает секрецию вазопрессина гипофизом.



## ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ВОМИТОФОБИЕЙ

Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ

г. Ставрополь

### Цель

Представить описание анестезиологического обеспечения кесарева сечения (КС) у пациентки с паническим расстройством (ПР) и вомитофобией.

### Материалы и методы

Наблюдалась 33-летняя повторно беременная, у которой в промежутке между первой и второй беременностями (протекавшими с 8-летним интервалом) развилось ПР с выраженной вомитофобией. Основным запросом пациентки к анестезиологу было максимально снизить риск послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР).

### Результаты

С учётом данного запроса пациентки, было принято решение постараться избежать применения в анестезиологическом обеспечении препаратов, способных повысить вероятность развития ПОТР (опиоиды, кетамин etc), а также включить в премедикацию комбинацию противорвотных лекарств.

В составе предоперационной премедикации пациентка получила в/в 8 мг дексаметазона, 10 мг метоклопрамида, 8 мг ондансетрона, 0,5 мг атропина. Гипнотический компонент анестезиологического обеспечения КС составляла в/в инфузия пропофола (2 мг/кг). Анальгетический компонент составляла эпидуральная анестезия бупивакаином.

В послеоперационном периоде при возникновении болей проводилось интермитtentное вдыхание 25% ксенона с кислородом. Жалоб на тошноту у пациентки не было.

Операция КС чаще, чем многие другие операции на брюшной полости, сопровождается развитием выраженной ПОТР. К основным причинам этого явления относят гормональные изменения послеродового периода, ваготонические сдвиги в вегетативной нервной системе и др.

Анестезиологи обычно стремятся к минимизации лекарственной нагрузки на организм и к упрощению премедикации, исходя из того, что это снижает риск нежелательных межлекарственных взаимодействий, аллергических реакций, побочных эффектов. В частности, обычно в премедикацию включают только одно противорвотное





лекарство. Однако в некоторых случаях — например, подобных вышеописанному — от этого принципа приходится отступать, в интересах пациента.

### **Заключение**

Комплексная профилактика ПОТР при помощи комбинированной премедикации, а также адекватный выбор анестетиков с собственным противорвотным действием (пропофол, ксенон) — позволили в данном случае избежать развития этого частого осложнения КС, априорно вызывавшего у пациентки очень сильный страх.

## **ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ**

Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.

*ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»*

*Минздрава РФ*

*г. Ставрополь*

### **Цель**

Представить описание анестезиологического обеспечения кесарева сечения (КС) у повторнородящей с предысторией тяжёлой послеродовой депрессии (ПРД).

### **Материалы и методы**

Наблюдалась 24-летняя женщина, беременная вторым ребёнком (мальчиком). Первая беременность и физиологические роды в 19 лет сопровождались развитием тяжёлой, суицидоопасной ПРД.

### **Результаты**

С учётом акушерского анамнеза (крупный плод, многоводие) — для второй беременности пациентка была ориентирована на КС.

Ввиду наличия у женщины анамнеза тяжёлой ПРД после первых родов, а также литературных данных о том, что выбор анестезиологического обеспечения родовспоможения и метода послеоперационной или послеродовой анальгезии — может оказывать влияние на риск развития ПРД — было решено попытаться снизить риск повторной ПРД, насколько это в рамках возможностей анестезиолога.

С этой целью, КС проводилась под общей анестезией (ОА) комбинацией кетамина (в/в 2 мг/кг) и пропофола (в/в 2 мг/кг), с добавлением дексметомидина (в/в 0,5 мг/кг).



В послеоперационном периоде для анальгезии использовалась пероральная комбинация трамадол / парацетамол (37,5 мг / 375 мг на таблетку).

ПРД у женщины не развилась, качеством анальгезии она осталась довольна.

Литературные данные свидетельствуют о том, что использование обладающего антидепрессивными свойствами NMDA антагониста кетамина или эскетамина для обеспечения анестезии или анальгезии в родах и в раннем послеродовом периоде – снижает риск развития ПРД.

К такому же результату приводит использование альфа-2 адреномиметика дексметомидина, трамадола (сильного центрального анальгетика двойного действия, частичного агониста опиоидных рецепторов и одновременно ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина), и/или бупренорфина (обладающего свойствами каппа-антагониста, наряду с частичным мю-агонизмом).

Имеются предварительные данные и об антидепрессивных преимуществах пропофола перед альтернативными гипнотиками (например, мидазоламом, тиопенталом).

### **Заключение**

Выбор анестезиологического обеспечения и метода послеоперационной анальгезии с учётом наличия или отсутствия антидепрессивных свойств у того или иного препарата – может позволить избежать развития ПРД.

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА – КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ**

Конышева О.В., Китиашвили И.З., Аристова Н.М., Хаиндрава А.Т., Плаксина М.С..

*ГКБ No15 имени О.М. Филатова*

*г. Москва*

### **Цель**

Оценка материнских и неонатальных исходов беременности у женщин с ВПС: КоА, родоразрешенных путем операции кесарево сечение с использованием регионарной анальгезии.



### **Материалы и методы**

Период с 2011 по август 2024г. в исследование было включено 63 беременных с КоА, которые при дальнейшем анализе были разделены на 3 группы:

Легкая степень КоА – средняя величина градиента давления (PG) по ЭХО-кг  $\leq$  20мм.рт.ст. – 10.

Умеренной степень PG 20-40мм. рт.ст. – 48.

Тяжелая степень PG более 40мм.рт.ст. – 5.

### **Результаты**

При поступлении беременной в родильный дом перед родоразрешением проводится ряд обследований, в том числе ЭХО-КГ, ЭКГ, СМАД, ХМ-КГ с дальнейшим проведением междисциплинарного консилиума, в составе анестезиолога-реаниматолога, акушера-гинеколога, кардиолога, кардиохирурга, с целью определения степени тяжести КоА и тактики ведения пациентки, включая определение срока, метода родоразрешения и выбора анестезиологического пособия.

У пациенток с легкой степенью порока, при отсутствии отрицательной динамики со стороны сердечно-сосудистой системы возможно ведение родов через естественные родовые пути.

Пациенткам со средней и тяжелой степенью КоА родоразрешение проводится путем операции кесарево сечение. У всех 63 беременных данных групп интраоперационно мы применяли эпидуральную аналгезию, с использованием титрованных доз местных анестетиков, под непрерывным мониторингом, включавшим: ЭКГ, неинвазивное АД, SpO<sub>2</sub>, ЧСС. У пациенток с PG выше 30 мм.рт.ст., в дополнении к стандартному мониторингу проводился контроль инвазивного давления на верхней и нижней конечностях. Целью анестезии было поддержание адекватного внутрисосудистого объема, стабильной гемодинамики, обеспечение эффективного маточно-плацентарного кровотока и послеоперационной аналгезии для предотвращения дополнительной нагрузки на сердечно-сосудистую систему. Мы убедились, что ЭПА при операции кесарево сечение у пациенток с КоА обеспечивает гемодинамическую стабильность и возможность избежать недостатков общей анестезии, таких как повышение АД и ЧСС в ответ на интубацию трахеи, которое может привести к фатальным последствиям (расслоение и разрыв аорты).

За время исследования не зарегистрировано ни одного неблагоприятного исхода для матери или плода при беременности, родоразрешении и ближайшем послеродовом периоде.

### **Заключение**

Таким образом, междисциплинарный подход к ведению и родоразрешению беременных с врожденным пороком сердца: КоА, включая рациональный периопераци-



онный выбор анестезиологического пособия – ЭПА, имеет решающее значение для успешных исходов беременности, материнских и неонатальных.

## ОЦЕНКА ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

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

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России  
г. Москва

### Цель

Качественная и количественная оценка вагинальной микрофлоры у беременных с симптомами бактериального вагиноза с помощью диагностического метода Фемофлор.

### Материалы и методы

Обследованы 35 беременных женщин в возрасте от 24 до 35 лет, на сроке от 16 до 32 недель, с симптомами бактериального вагиноза: бели с неприятным запахом, дискомфорт и жжение во влагалище и в области наружных половых органов. Диагноз подтвержден согласно критериям Amsel, все беременным дополнительно выполнено исследование Фемофлор 16.

### Результаты

По данным обследования было выявлено следующее распределение микроорганизмов: у 25 пациенток (71%) ожидаемо преобладали Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp; на втором месте по частоте встречаемости: Megasphaera spp.+Veillonella spp.+Dialister spp. – у 15 пациенток (43%) и Eubacterium spp. – у 12 пациенток (34%); Mobiluncus spp.+Corynebacterium spp у 11 пациенток (31%). У половины обследованных были обнаружены внутриклеточные условно-патогенные микроорганизмы: Ureaplasma spp – у 17 пациенток (49%), из них 10 пациенток (29%) с титром, превышающим 10x4, Mycoplasma hominis – у 3 пациенток в низком титре (8,6%). Лишь у одной трети пациенток был выявлен Atopobium vaginae – 12 чел. (34%); также был отмечен рост аэробных микроорганизмов: Staphylococcus spp. у 13 пациенток (37%); Peptostreptococcus spp – у 9 пациенток (25%); Streptococcus spp. и сем. Enterobacteriaceae у 6 пациенток (17%). Рост candida spp в низком титре наблюдался у 2 беременных – 5,7%, при отсутствии симптомов вульвовагинального кандидоза



и изменений в микроскопическом отделяемом влагалища. Значимое снижение титра лактобактерий *Lactobacillus* spp. наблюдалось у всех обследуемых.

### **Заключение**

Доминирующий состав микробиоты влагалища у беременных с бактериальным вагинозом представлен микроорганизмами *Gardnerella vaginalis*, *Megasphaera* spp., *Eubacterium* spp., *Mobiluncus* spp, *Corynebacterium* spp, рост титра данных микроорганизмов коррелирует с достоверным снижением уровня лактобактерий. Дополнительную роль в формировании дисбиоза влагалища играет увеличение количества условно-патогенных аэробных микроорганизмов, а также носительство уреоплазмы spp.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Гасанов Н.П.,  
Арабаджан С.М.

*Областной перинатальный центр  
г. Ростов-на-Дону*

### **Цель**

Оценка эффективности коррекции нарушений гемостаза с использованием метода тромбоэластографии (ТЭГ) при послеродовых кровотечениях.

### **Материалы и методы**

Нами проведен анализ истории родов 127 родильниц, перенесших послеродовые кровотечения в объеме более 1,5 л. Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от метода исследования системы гемостаза. Возраст женщин 22-37 лет, без сопутствующей патологии.

### **Результаты**

На основании проведенных результатов исследования нами отмечено, что наиболее частыми причинами послеродовых кровотечений являются: гипотоническое кровотечение (67,4%) , отслойка плаценты (22,2%) и предлежание плаценты (11,4%). У обследуемых 1 группы (72 женщины) коррекция гемостаза проводилась до получения результатов исследования и основывалась на клинических симптома, а в дальнейшем (при получении результатов). В связи с этим, проводился следующий алго-



ритм лечения: свежезамороженная плазма (СЗП), эритромаасса (при объеме кровопотери более 2 л). У пациенток 2 группы (55 женщин) тактика коррекции нарушений гемостаза определялась результатами исследования методом ТЭГ.

Своевременная и точная оценка коагулопатии имеет решающее значение для лечения кровотечения, причем, ТЭГ позволяет провести комплексную оценку состояния системы свертывания крови при различных нарушениях системы гемостаза.

Необходимо отметить, что наиболее частыми причинами нарушения свертывания крови по данным ТЭГ наблюдалась гипофибриногемия у 82 пациенток, в связи с чем мы использовали СЗП и криопреципитат и гиперфибринолиз у 77 женщин, в связи с чем назначается более раннее введение транексамовой кислоты. При наличии коагулопатии мы использовали гемостатические препараты (трансфузия плазмы, концентратов тромбоцитов, введение факторов свертывания). На основании результатов исследования нами было отмечено, что в 1 группе гемотрансфузия проводилась у 28 женщин, во 2 группе – у 5 пациенток.

Таким образом, экспресс-оценка состояния свертывающей системы крови, осуществляемая с помощью ТЭГ, позволяет обеспечить быстрое и графическое представление различных нарушений гемостаза (гипофибриногемия, тромбоцитопения, гиперфибринолиз, коагулопатия), что помогает выбрать правильную тактику коррекции гемостаза, адекватную сбалансированную инфузионно-трансфузионную терапию, профилактировать развитие критических нарушений свертывания крови и реализовать органосохраняющую тактику.

### **Заключение**

Использование ТЭГ в акушерстве позволяет качественно изменить подход в коррекции нарушении свертывающей системы, так как позволяет определить все звенья гемостаза в более короткие периоды времени, что помогает выявить и направить целенаправленную гемостатическую терапию. Это позволяет уменьшить потребность в трансфузионных компонентах крови.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАР-БЛОКА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М.

Областной перинатальный центр  
г. Ростов-на-Дону

### Цель

Сравнительная оценка эффективности использования ТАР-блока, выполненного под ультразвуковой навигацией и внутривенного обезболивания после операции кесарево сечение.

### Материалы и методы

Проведен анализ проводимого послеоперационного обезболивания у 987 женщин после операции кесарево сечение. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа (233 женщины), которым проводилась внутривенная анальгезия с помощью парацетамола и трамадола и 2 группа (754 пациенток) с использованием ТАР-блока под УЗИ контролем.

### Результаты

Для оценки эффективности и безопасности проводимого обезболивания у всех пациенток обеих групп определяли оценку интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), представляющей 10-бальную цифровую оценку (от 1 балла – как отсутствие болей, до 10 баллов – как максимальная боль). Обезболивание у пациенток 1 группы проводилось внутривенным введением парацетамола и трамадола при превышении оценки 5 баллов по ВАШ, при этом эффективность анальгезии наблюдалась через 15-20 минут после введения внутривенных анальгетиков с оценкой менее 3-4 баллов. Однако, уже через 35-45 минут у 50% обследуемых вновь отмечалось усиление болей, в связи с чем проводилось дополнительное обезболивание. Во 2 группе все роженицы использовалась упреждающая анальгезия с помощью проведения ТАР-блока сразу же после операции кесарево сечение, причем все женщины отмечали отсутствие болей, активизацию и комфортное состояние в течение ближайших 5-7 часов после операции. Использование анальгезии в раннем послеоперационном периоде у рожениц обеих групп позволило снизить интенсивность послеоперационных болей у всех пациенток, однако не всегда эффективность обезболивания у пациенток 1 группы наблюдалась достаточно качественная, при этом роженицы



отмечали появление болей уже через 1 час с оценкой по шкале ВАШ до 5-7 баллов, в связи с чем обезболивание необходимо было повторять. Таким образом, сравнительное исследование эффективности послеоперационного обезболивания рожениц обеих групп показало, что использование мультимодальной анальгезии является ключевым компонентом протокола расширенного восстановления после операции кесарево сечение. Упреждающая анальгезия с помощью ТАР-блока в раннем послеоперационном периоде после операции кесарево сечение обеспечивает достаточный уровень обезболивания и нет необходимости в дополнительном обезболивании.

### **Заключение**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что мультимодальная анальгезия, основанная на использовании ТАР-блока под ультразвуковой навигацией является более эффективным методом послеоперационного обезболивания, что позволяет исключить потребность в дополнительном обезболивании, уменьшает частоту побочных эффектов от введения парентеральных анальгетиков, и что в конечном итоге улучшает качество обезболивания.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ГЕМОГРАММЫ ПРИ АНАЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Недень Л.Ч., Дражина О.Г., Савицкая В.М., Кулеш Т.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь*

### **Цель**

Изучить динамику основных показателей системы кровообращения и гемограммы при анальгезии после кесарева сечения, как косвенных показателей адекватности обезболивания.

### **Материалы и методы**

Пациентки после кесарева сечения были разделены на две группы. I группа – 120 пациенток, которым с целью обезболивания вводили раствор бупивакаина в подпапневротическое пространство через мультипоровый катетер и внутримышечно кеторолак трометамин. II группа – 61 пациентка с внутримышечным введением тримеперидина в послеоперационном периоде.





### **Результаты**

Не выявлено статистически значимых различий по частоте сердечных сокращений, систолическому и диастолическому артериальному давлению между исследуемыми группами до операции. Выявлено статистически значимое различие в показателях частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления у пациентов исследуемых групп через 24 и 48 часов после операции. Более раннее восстановление может быть обусловлено эффективным обезболиванием в I группе при введении раствора бупивакаина в сочетании с применением кеторолака трометамина.

После операции пациентки обеих групп имели признаки умеренной гипергликемии, связанной с перенесенным хирургическим вмешательством. В дальнейшем отмечалась положительная динамика стрессорного ответа в обеих группах, однако более медленная нормализация уровня глюкозы крови выявлена во II группе. Изменение уровня гликемии достигает уровня статистической значимости в сравнении с пациентами I группы через 24 часа после операции. По данному потенциалу купировать эндокринный стресс-ответ можно отметить преимущества применения раствора бупивакаина в комбинации с использованием кеторолака трометамина по сравнению с терапией тримеперидина.

В исследуемых группах выявлена разница по скорости оседания эритроцитов, показателям количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов через 24 часа после операции. Данные показатели во II группе были статистически значимо выше. В динамике других лабораторных показателей общего анализа крови (тромбоциты, моноциты, лимфоциты) между исследуемыми группами статистической значимых различий не было выявлено.

Лечение послеоперационной боли является сложной медицинской проблемой. В последние десятилетия в акушерской практике все больше пристального внимания уделяется оптимизации ведения послеоперационного периода и ранней выписке домой. Проведенное изучение влияния методики обезболивания на течение послеоперационного периода путем применения местных анестетиков в послеоперационном периоде по сравнению со стандартной системной анальгезии у женщин после кесарева сечения выявило его преимущества по ряду исследуемых показателей системы кровообращения и крови.

### **Заключение**

Применение в раннем послеоперационном периоде при кесаревом сечении подопневротической анальгезии с использованием раствора местного анестетика длительного действия (бупивакаина) в сочетании с НПВС (кеторолак трометамином) в сравнении с использованием наркотических анальгетиков (тримеперидина) приводит к ранней нормализации показателей центральной гемодинамики, гемограммы крови. Это должно способствовать ранней реабилитации пациенток, профилактике



послеоперационных осложнений, сокращению пребывания в палатах интенсивной терапии и в стационаре в целом.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ И СРОЧНЫМИ РОДАМИ

Савицкая В.М., Недень Л.Ч., Дражина О.Г.

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

### Цель

Изучить обоснованность назначения лекарственных препаратов пациенткам, беременность которых завершилась самопроизвольными преждевременными или срочными родами.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезней и родов на базе УЗ «ГКРД №2» г. Минска. Сформированы 2 группы: 1 – основная – 25 пациенток после самопроизвольных преждевременных родов, 2 – контрольная 20 пациенток, беременность которых завершилась рождением здоровых доношенных детей.

### Результаты

В результате сравнения пациенток основной и контрольной групп различий по частоте встречаемости признаков угрозы прерывания беременности обнаружено не было. Среди пациенток основной группы клинические признаки угрозы прерывания беременности выявлены в 1 триместре беременности у 7 пациенток, во 2 триместре беременности – у 6 пациенток, в 3 триместре – у 3 пациенток; среди пациенток контрольной группы соответственно: 1 триместр – 2 пациентки, 2 триместр – 1 пациентка, 3 триместр – 1 пациентка. Данные эхоскопии основной группы (до 25 недель гестации): длина шейки матки –  $31 \pm 2$  мм, контрольной группы: длина шейки матки –  $36 \pm 3$  мм.

Для профилактики прерывания беременности во всех случаях назначались магний-содержащие препараты, спазмолитики, гестагены (для гормональной поддержки назначались с одинаковой частотой в обеих группах), 1 пациентке основной группы в 1 и 2 триместрах назначались  $\beta$ -адреномиметики.



### Заключение

Беременность – это ответственный период, когда формируется здоровье ребенка на всю жизнь, вмешиваться в этот процесс без показаний нельзя. Все препараты во время вынашивания ребенка и, особенно на ранних сроках беременности, должны приниматься только по назначению врача! Эффективность большинства лекарственных препаратов, принимаемых в первом триместре, не доказана, за исключением фолиевой кислоты и препаратов йода.

## РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПЕРЕНЕСШЕЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Баkitова В.А.

ГАУЗ Оренбургская областная клиническая больница No2, Областной перинатальный центр.

г. Оренбург

### Цель

Дать оценку клинического случая беременной, перенесшей Q-негативный инфаркт миокарда без подъема сегмента ST передне-перегородочной области в сроке 26 недель.

### Материалы и методы

Ретроспективный анализ кардиологических данных, а также истории родов беременной перенесшей инфаркт миокарда в сроке 26 недель, родоразрешенной на базе ОПЦ ГАУЗ ООКБ №2.

### Результаты

Беременная Л. 39 лет в 26 недель беременности обратилась за медицинской помощью в ГАУЗ «ББСМП» с жалобами на загрудинные боли с иррадиацией в левую руку. Был выставлен диагноз «Q-негативный инфаркт миокарда без подъема сегмента ST передне-перегородочной области, КАГ от 13.03.2024, стеноз передней нисходящей артерии (выполнена операция прямого стентирования), ХСН I ст. с ФВ 64%, гипертоническая болезнь III ст., контролируемая АГ риск 4, анемия сложного генеза, манифестный гипотиреоз, ожирение I ст.». Исходя из тяжести состояния, основного заболевания и сопутствующей патологии пациентка была маршрутизирована в стационар III уровня в кардиологическое отделение ГАУЗ ООКБ №2. Беременная стояла на учете у акушер-гинеколога и кардиолога, регулярно принимала медикаментоз-



ную терапию в объеме: ацетилсалициловая кислота (100мг), клопидогрель (75мг), метопролола сукцинат (100мг), аторвастатин (40мг), пантопрозол (40мг). На фоне стабильно удовлетворительного состояния, эффективной поддерживающей терапии и комплаентности пациентки, беременность была пролонгирована до доношенного срока. В ОПЦ ГАУЗ ООКБ № 2 был составлен план ведения родов: родоразрешение через естественные родовые пути с динамическим контролем за состоянием матери и плода, на фоне адекватного обезболивания. Выполнено экстренное кесарево сечение в нижнем сегменте матки по акушерским показаниям: клинически узкий таз. При операции извлечен живой доношенный мальчик 4000 гр. 54 см на 8/9 баллов по Апгар. Операция прошла без осложнений, кровопотеря 470 мл. Ранний послеродовой период без осложнений, родильница на 8 сутки была выписана домой в удовлетворительном состоянии вместе с ребенком.

### **Заключение**

Острый инфаркт миокарда в период беременности сопровождается определенными рисками, но никак не исключает ее. При своевременной постановке диагноза и вовремя начатом лечении пациентки могут быть благополучно родоразрешены естественным путем при доношенном сроке.

## **РОЛЬ АУТОИММУННЫХ АНТИТЕЛ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

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

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава РФ  
г. Москва

### **Цель**

Изучить роль аутоиммунных антител в развитии преэклампсии.

### **Материалы и методы**

С 2022-2024 год в исследование было включено 210 беременных женщин: 150 женщин на сроке гестации более 22 недель с преэклампсией и 60 женщин на сроке гестации более 22 недель, с физиологическим течением беременности. Всем пациенткам включенным в исследование проводилось сывороточное определение аутоантител методом ЭЛИ-П-комплекс.



### **Результаты**

Преэклампсия – это гетерогенное, полиорганное заболевание беременности, характеризующееся возникшей гипертензией со значительной протеинурией после 20 недель беременности или другой дисфункцией материнских органов-мишеней, включая неврологические осложнения, отек легких, гематологические осложнения, острое повреждение почек или маточно-плацентарную дисфункцию. Оно поражает 2–8% беременностей во всем мире и вызывает значительную материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность. Существуют различные гипотезы относительно этиологии преэклампсии, и она далека от полного понимания. Считается, что это состояние начинается с дефектного развития плаценты и включает взаимодействие между аутоиммунной дисфункцией, сосудистыми патологиями и генетической предрасположенностью.

По результатам проведенного исследования, установлено, что у пациенток с преэклампсией наблюдалось отклонение спектра антител к  $\beta 2$  – гликопротеину, к коллагену, к белку S100, к цитоплазматическому антигену клеток эндотелия сосудов (ANCA), к белку мембраны тромбоцитов (TtM), к мембранному антигену клеток клубочков почек (KiMS), что говорит о возможности использования данных антител с целью прогнозирования преэклампсии.

Сывороточное определение аутоиммунных антител на прегравидарном уровне позволит своевременно профилактировать возникновение плацента-ассоциированных осложнений беременности, что позволит снизить пренатальную заболеваемость и смертность.

### **Заключение**

Определение аутоиммунных антител методом ЭЛИ-П комплекс позволит профилактировать возникновение плацента-ассоциированных осложнений беременности.



## БАКТЕРИЙ КРАСНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ

Якубова Д.И., Якубов С.И.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России  
г. Москва

### Цель

Изучение связи бактерий красного комплекса пародонта у беременных с преэклампсией (ПЭ) и заболеваниями пародонта.

### Материалы и методы

70 беременных (в возрасте от 20 до 36 лет) в третьем триместре были отобраны и разделены на 3 группы: группа I (с физиологическим течением беременности и пародонтально здоровые), группа II (беременные с преэклампсией и хроническим пародонтитом), группа III (с преэклампсией, без хронического пародонтита).

### Результаты

Всем пациенткам проводилось определение бактерий красного комплекса, а именно *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* и *Tenerella forsythia* с помощью микробиологических исследований десневой жидкости.

Средний вес, средний индекс массы тела, среднее систолическое АД, диастолическое АД и среднее содержание белка в моче были значительно повышены в группах II и III по сравнению с группой I. Женщины с преэклампсией и хроническим пародонтитом (группа II) имели более высокие уровни индекса зубного налета, глубины зондируемого кармана, кровотечения при зондировании и клинического уровня прикрепления по сравнению с другими группами. Линейный регрессионный анализ также выявил весьма значимую связь между весом, возрастом, ИМТ, систолическим, диастолическим АД, содержанием белка в моче, показателями индекса проницаемости, гематокрита и показателями глубины зондируемого кармана, что указывает на их потенциальные факторы риска, как преэклампсии, так и хронического пародонтита. Было обнаружено, что бактерии красного комплекса были повышены в группе II, из которых *Porphyromonas gingivalis* был обнаружен более распространенным.

Мы обнаружили, что у женщин с преэклампсией и хроническим пародонтитом наблюдалось более высокое систолическое и диастолическое АД по сравнению с женщинами с преэклампсией и здоровым пародонтом. Было обнаружено, что уровень белка в моче повышен у женщин с преэклампсией и хроническим пародонтитом (группа II) по сравнению с участниками группы I и III. Пародонтит является многофакторным



заболеванием, которое могло дополнительно способствовать повышению окислительного стресса, тем самым приводя к дополнительной воспалительной нагрузке и вызывая неблагоприятный клинический исход заболевания.

Связь между хроническим пародонтитом и преэклампсией является двусторонней, поскольку повышенная воспалительная нагрузка в плаценте у беременных с преэклампсией может еще больше ухудшить их пародонтальный статус.

### **Заключение**

Наше исследование показывает, что пародонтальные индексы, артериальное давление и содержание белка в моче были выше у женщин с преэклампсией и хроническим пародонтитом. Следовательно, снижение бактериальной нагрузки на пародонт у беременных женщин посредством хорошего поддержания гигиены полости рта позволит снизить предполагаемый риск неблагоприятных исходов беременности, включая преэклампсию.



# Организация медицинской помощи новорожденным

## ПЕРЕНЕСЕННАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ С ПОЗИЦИЙ ЕДИНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ – ПЛОД – НОВОРОЖДЕННЫЙ

Богданова С.В., Ильенко Л.И., Гуреев А.Н., Лазарева С.И.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
г. Москва*

### **Цель**

Оценка возможных рисков осложнений течения беременности и родов у женщин, перенесших COVID-19.

### **Материалы и методы**

Обследованы 139 женщин, 58 из которых перенесли COVID-19 за 3мес. до наступления беременности, 42 перенесли COVID-19 за 6 месяцев и более, 39 беременных не болели COVID-19. Длительность наблюдения составила до 8 мес., оценка статистической значимости – критерий  $\chi^2$  Пирсона (статистически значимые  $p < 0,05$ , высоко значимые при  $p < 0,001$ ).

### **Результаты**

Среди наблюдаемых женщин, перенесших COVID-19 отмечалась статистически значимая высокая частота железодефицитных состояний, патологии желудочно-кишечного тракта, аллергических заболеваний. У женщин, перенесших COVID-19 отмечалась высокая частота угрозы прерывания, преэклампсии, родоразрешение на ранних сроках гестации, задержка роста плода, преобладала у женщин перенесших COVID-19 за 3мес. до беременности ( $p < 0,001$ ). У всех беременных, перенесших COVID-19, отмечались статистически значимые ( $p < 0,05$ ) высокие показатели D-димера в III триместре. Частота оперативного родоразрешения путем КС у женщин перенесших COVID-19 была достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Шкала Апгар, массо – ростовые пока-





затели новорожденных от матерей, перенесших COVID-19 были статистически ниже, по сравнению с не болевшими женщинами, статистически высоко значимые отличия были у детей от матерей, перенесших COVID-19 за 3 мес. до настоящей беременности.

### **Заключение**

Перенесенная COVID-19 у женщин репродуктивного возраста составляет высокую группу риска по возникновению железодефицитных состояний, патологии ЖКТ, аллергических заболеваний, патологическому течению беременности и родов, влияя на массо-ростовые показатели новорожденного, оценку по шкале Апгар, что диктует необходимость в предгравидарной подготовки, своевременной коррекции в системе гемостаза и оптимизации помощи в единой системе мать–плод–новорожденный.

## **ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Бойдак М.П., Прилуцкая В.А., Иванова Е.В.

ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»

г. Минск

### **Цель**

Оценить особенности и вариабельность эхокардиографических параметров у новорожденных при адаптации сердечно-сосудистой системы в первые сутки жизни.

### **Материалы и методы**

Выполнено ЭхоКГ исследование в первые сутки жизни у 41 новорожденного ребенка, рожденного в ГУ «РНПЦ Мать и дитя» в период с июля по октябрь 2024 г. Масса тела детей колебалась от 3120 г (минимальная) до 4025 г (максимальная). Все новорожденные выписаны домой в раннем неонатальном периоде.

### **Результаты**

Среди обследованных 25 (61%) мальчиков, 16 (39%) девочек. У 73% детей ЭХО-КГ выполнена в период с 1 до 5 часов после рождения, 10% – от 5 до 10, 17% – от 10 до 24. Критерии исключения: срок гестации менее 37 недель, врожденные пороки развития, респираторные и инфекционно-воспалительные заболевания. Средняя ЧСС была 139 уд. в мин. (минимальная 105, максимальная 174). Персистирование фетальных коммуникаций: у 100% обследованных зарегистрировано функционирование оваль-



ного окна с исключительно лево-правым шунтированием крови, бинаправленного или право-левого шунтирования не было. У 63% новорожденных диагностировано бинаправленное шунтирование крови через открытый артериальный проток. У 10% детей шунтирование через ОАП не установлено, что отражает его раннее спазмирование. В случае лево-правого направления шунтирования средний градиент давления между магистральными артериями составил 15 мм.рт.ст., что свидетельствует о повышении давления в малом круге кровообращения в той или иной степени у всех обследованных детей. У 63% новорожденных, соответственно, давление максимально приближено к системному. У 90% обследованных TAPSE составила более 6 мм. Фракция изменения площади правого желудочка более 35% отмечалась только у 68% младенцев. Анализ традиционных показателей таких как фракция укорочения (ФУ) выявил снижение сократительной функции левого желудочка у 32% новорожденных. ФУ у них составила менее 28%. Для анализа функции левого желудочка выполнено измерение сердечного индекса на уровне выводного отдела желудочка. Только у 17% новорожденных сердечный индекс составил более 150 мл/кг/мин, что свидетельствует о снижении насосной функции левого желудочка у большей части новорожденных в первые сутки жизни. Косвенным подтверждением низкого сердечного индекса также служили скоростные показатели в брюшном отделе аорты, которые были снижены. Скорость кровотока в брюшном отделе аорты более 30 см/сек зарегистрирована у 41% обследованных, 30 см/сек и менее – у 59%.

### **Заключение**

Установлены особенности эхокардиографических параметров в первые сутки жизни у доношенных детей. Некоторое снижение систолической функции обоих желудочков сердца имело место и в условиях физиологического адаптационного периода. Дальнейшее изучение и систематизация особенностей ЭХО-КГ признаков адаптации сердечно-сосудистой системы в первые часы жизни важно для создания референтных значений и последующей корректной интерпретации и коррекции у новорожденных с гемодинамическими нарушениями.



## ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ С УЧЕТОМ МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ

Дражина О.Г., Прилуцкая В.А., Савицкая В.М., Старовойтова А.А., Кулеш Т.А.  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь

### Цель

Проанализировать особенности формирования материнско-фетальной привязанности с учетом особенностей наступления и течения беременности.

### Материалы и методы

Проведено анкетирование 205 женщин. Группу 1 составили 118 беременных после ВРТ, группу 2 – 67 с патологией беременности, группу 3 (Гр3) – 20, группа сравнения. Средний возраст составил 32,4 (20-43) года. Обработка полученных данных выполнялась с использованием статистических пакетов Excel, Statistica 10.0.

### Результаты

С учетом дизайна исследования выявлено, что статистически значимо старше были беременные женщины, беременность которых наступила в результате ВРТ. Их возраст составил 34 (31–37) года, остальные группы были сопоставимы по данному параметру (группа 2 – 29 (25–34) лет, группа 3 – 30 (25–34) лет). У женщин с ВРТ медиана возраста была выше с учетом стажа бесплодия. В момент анкетирования на более раннем сроке находились женщины, беременность которых наступила в результате ВРТ – 20 (11-30) недель, что имело статистически значимые различия с аналогичным показателем беременных Гр2 и Гр3 (34 (30-39) и 33 (30-35) недель гестации соответственно) ( $H=46,21$ ,  $p<0,001$ ;  $z1-2=6,44$ ,  $p<0,001$ ;  $z1-3=3,75$ ,  $p<0,001$ ). Женщины после ВРТ традиционно нуждаются в более тщательном динамическом наблюдении и находятся под пристальным наблюдением врачей-специалистов на более ранних сроках беременности.

Количество баллов по всем компонентам привязанности: когнитивный (вопрос 1 –  $H=4,74$ ,  $p=0,094$ ;  $z1-2=2,92$ ,  $p=0,011$ ), эмоциональный (вопрос 17 –  $H=10,26$ ,  $p=0,006$ ;  $z1-2=2,76$ ,  $p=0,017$ ) и поведенческий (вопрос 8 –  $H=12,42$ ,  $p=0,002$ ;  $z1-2=2,71$ ,  $p=0,020$ ;  $z1-3=2,48$ ,  $p=0,04$ ) оказалось меньше в группе беременных после ВРТ, что вероятно больше связано с меньшим сроком гестации у женщин этой группы. Движения плода существенно различимы женщиной после 18-20 недель беременности, что подкрепляет ее в непосредственном осознании плода и восприятии беременности.

Общий показатель МФП был ниже в группе женщин с ВРТ, и составил в медианном значении 78 (73-81) баллов, при аналогичном показателе в группе 2 – 80 (76-84),



группе 3 – 79 (76-83) баллов ( $N=7,16$ ,  $p=0,028$ ;  $z_{1-2}=2,66$ ,  $p=0,023$ ). По интенсивности привязанности группы оказались сопоставимы ( $N=3,03$ ,  $p=0,220$ ). Значения качества привязанности имели статистически значимые различия (Гр1 – 27 (23-29), Гр2 – 28 (26-31), Гр3 – 28 (26-31) баллов;  $N=7,64$ ,  $p=0,022$ ).

При корреляционном анализе выявлено, что интенсивность МФП ( $r_s=0,26$ ,  $p<0,001$ ) и качество привязанности ( $r_s=0,18$ ,  $p=0,014$ ) имели взаимосвязь со сроком гестации. Несколько выше были корреляционные взаимосвязи данных показателей привязанности у женщин Гр1 ( $r_s=0,27$ ,  $p=0,007$  и  $r_s=0,21$ ,  $p=0,037$  соответственно). Вероятно, это связано ранним «желанием» осознания материнства уже в процессе подготовки и выполнения всех этапов ВРТ.

### **Заключение**

Установлены различия в «качестве» МФП с учетом особенностей наступления и течения беременности. Его общий показатель был несколько ниже у женщин, беременность которых наступила после ВРТ ( $N=7,16$ ,  $p=0,028$ ;  $z_{1-2}=2,66$ ,  $p=0,023$ ).

Анализ взаимосвязей пренатальной привязанности и медицинских факторов выявил роль возраста и срока беременности. Компоненты МФП росли с гестационным сроком, сила корреляции которой была несколько выше в группе женщин после ВРТ.

Сформированная антенатальная привязанность может стать основой адекватного взаимодействия в паре мать – новорожденный.

## **ЭЛЕКТРОННЫЕ СРЕДСТВА ДОСТАВКИ НИКОТИНА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Пономарева Н.Е., Безгодова И.О., Косинова С.Р., Паршукова Л.Н., Картоева З.Ю.,  
Дмитриева А.А.

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

### **Цель**

Изучение влияния употребления женщинами электронных средств доставки никотина (ЭСДН) во время беременности на неонатальные исходы.



### Материалы и методы

Проведено анкетирование и ретроспективный анализ медицинской документации 100 пар мать-новорождённый на базе родовспомогательных учреждений города Тюмени с последующим статистическим анализом.

### Результаты

Сформированы 4 группы: не курящие – 78%, употребляющие сигареты – 9%, электронные сигареты – 7%, вейп – 9%. О факте употребления никотина сообщили 22% опрошенных, при этом данный факт был отображен в медицинской документации лишь в 77,3% случаев.

Все дети были доношенные, средний срок гестации новорожденных составил  $39,2 \pm 1,2$  недели [37,0;41,4]. Наименьшее значение отмечалось в 4й группе –  $38,7 \pm 0,5$  недели [37,0;41,6], наибольшее значение в 1й группе –  $39,1 \pm 3,2$  недели [37,0;41,2]. ( $p < 0,05$ ). По шкале Апгар средняя оценка составила в конце первой минуты  $7,7 \pm 0,3$  [5;8], через 5 минут  $8,4 \pm 0,3$  [7;9] баллов. Чаше асфиксия умеренной и средней степени тяжести наблюдалась во 2-й (22,2%) и 4-й (22,2%) группе ( $p < 0,05$ ). Была выявлена положительная корреляционная связь в 3-й и 4-й группах между употреблением ЭСДН матерью и наличием гипоксии плода ( $r = 0,688$ ,  $p < 0,05$  и  $r = 0,738$ ,  $p < 0,05$  соответственно) и дисфункции плаценты ( $r = 0,625$ ,  $p < 0,05$  и  $r = 0,632$ ,  $p < 0,05$  соответственно).

Средний вес новорожденных составил  $3534,3 \pm 0,3$  грамм [2434;4838], средний рост – 53,1 см [47;58]. Статистически значимых различий в физическом развитии между группами не выявлено ( $p > 0,01$ ). Однако наименьший вес наблюдался в 3й группе –  $3336,9 \pm 450,8$  грамм [2618;3700], наибольший – в 4й группе и составил  $3458,2 \pm 510,3$  грамм [2690;3520].

При анализе течения раннего неонатального периода были получены следующие данные. У новорожденных 1-й группы отмечалась транзиторная желтуха у 12,9%, токсическая эритема у 6,4%, транзиторное тахипное (ТТН) у 3,8%, крупный вес у 5,1%. Во 2-й группе: транзиторная желтуха – 11,1%, ТТН -11,1%, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 22,2%. В 3-й группе: ТТН- 28,6%. В 4-й: ДМЖП- 11,1%, ТТН – 22,2%, крупный вес – 11,1%, пиелоэктазия – 11,1%. Статистически значимые различия были выявлены только по частоте развития транзиторного тахипное новорожденных в раннем неонатальном периоде ( $p < 0,05$ ).

### Заключение

Уровень занижения информации употребления никотина во время беременности составляет 22,3%. ЭСДН негативно сказываются на состоянии здоровья новорожденных, их нельзя считать безопасной альтернативой сигаретам. Достоверно чаще возникает гипоксия плода и дисфункция плаценты во время гестации, а также асфиксия при рождении и транзиторное тахипное новорожденных в раннем неона-



тальном периоде. Необходимо внедрение обязательных дородовых консультаций о вреде употребления ЭСДН.

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

Хаджилаева Ф.Д., Хаджилаев И.Д., Коджакова Т.Ш.

ООО «НПФ» «Хеликс»

г. Черкесск

### Цель

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

### Материалы и методы

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

### Результаты

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



XVII ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

# АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

27–29 ноября  
2024 года

В начало

Содержание

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

## **Заключение**

Проводить комплекс мероприятий, направленных на улучшение здоровья лиц фертильного возраста, их способности к воспроизводству и рождению здорового потомства. Проводить преконцепционную профилактику (до зачатия) для снижения риска рождения больных детей, направленных на обеспечение оптимальных условий для созревания зародышевых клеток, их оплодотворения, образования и имплантации зиготы, и раннего развития плода.



# Хирургия новорожденных

## ВОЗМОЖНОСТИ СТАНДАРТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Бабатова С.И., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л., Батдалова З.Н.,  
Пыков М.И.

ООО «Детская клиника Кидней»,  
г. Махачкала

### Цель

Цель исследования – оценить возможности стандартного ультразвукового исследования в диагностике пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей первых месяцев жизни.

### Материалы и методы

Материалы и методы. В исследование включено 37 детей с расширением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и расширением мочеточника ( $\geq 7$  мм). Всем пациентам проводились: УЗИ органов мочевыделительной системы (МВС) по стандартной методике (степень уропатии определяли по классификации UTD); ретроградная цистоуретерография.

### Результаты

Результаты исследования. Медиана возраста пациентов на момент первого УЗИ составила 4 дня, медиана длительности наблюдения – 10 месяцев. У 13 (35%) пациентов выявлен ПМР (1 группа), у 24 (65%) – причиной расширения ЧЛС были другие обструктивные уропатии – обструкция уретеро-везикального соустья, уретерогидронефроз, эктопия мочеточника (2 группа). Оперативное лечение проведено 12 (92%) детям из 1 группы и 19 (79%) – из 2 группы ( $p > 0,05$ ). Возраст на момент операции у пациентов в 1 группе был достоверно больше, чем во 2 группе (160 (16,5;226,5) дней и 19 (12;123) дней, соответственно) ( $p < 0,05$ ). Максимальный передне-задний размер





лоханки за период наблюдения был меньше в 1 группе (13 (10;16) мм), чем во второй (21,5 (16,8;30) мм) ( $p < 0,05$ ), различий максимального диаметра мочеточника (11,9 (9;14) мм и 11,3 (7;14) мм, соответственно) и минимальной толщины паренхимы (5 (3;7) мм и 4 (3;5) мм, соответственно) между 1 и 2 группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Различий между степенью выраженности расширения мочевыводящего тракта по классификации UTD между 1 и 2 группами также не выявлено (количество пациентов с UTD I, II, III степени составило 1(8%)/4(31%)/8(63% и 1(4%)/12(50%)/11(46%), соответственно) ( $p > 0,05$ ). Повышение эхогенности и/или утолщение стенок ЧЛС отмечалось у 6 (46%) пациентов из 1 группы и 10 (42%) пациентов из 2 группы ( $p > 0,05$ ). Корреляционный анализ подтвердил обратную связь диагноза ПМР с размером лоханки ( $r = -0,41$ ,  $p = 0,045$ ), связи ПМР с другими ультразвуковыми признаками (расширением мочеточника, толщиной паренхимы почки, состоянием стенок ЧЛС) и категорией UTD выявлено не было.

### **Заключение**

**Заключение.** Стандартное УЗИ органов МВС у детей первых месяцев жизни не позволяет провести дифференциальную диагностику ПМР и других обструктивных уропатий. Наличие ПМР не ассоциируется со степенью выраженности расширения мочеточника, истончением паренхимы почки, утолщением и/или повышением эхогенности стенок ЧЛС, а также с категорией риска в соответствии с классификацией UTD.



# Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

## ДЕТИ ЗАЧАТЫЕ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Деларю Н.В., Тяпченко Д.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

### **Цель**

Изучить особенности раннего неонатального периода у новорожденных, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезни новорожденных. Дети были разделены на 2 группы: основная группа – зачатые с помощью ВРТ (гестационный возраст от 32 до 36 недель,  $n=18$ , из них 10 мальчиков и 8 девочек), контрольная группа – зачатые естественным путем (гестационный возраст от 32 до 36 недель,  $n=20$ , из них 12 мальчиков и 8 девочек).

### **Результаты**

Изучение историй развития новорожденных показало, что средний возраст матерей в основной группе составил  $32,6 \pm 0,41$  года, в контрольной –  $25,6 \pm 1,3$  года. Беременность была многоплодной у 5 родильниц в основной группе и 2 – в контрольной. Среди экстрагенитальной патологии в основной группе преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (16 женщин). В основной группе регистрировалась у большинства женщин гинекологическая патология: аднексит, истмико-цервикальная недостаточность, кольпит, фетоплацентарная недостаточность. В основной группе беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 2 раза чаще чем в контрольной.



Средний гестационный возраст в основной группе составил 33 недели, в контрольной-34 недели. %).

Средняя оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте составила –  $5,50 \pm 0,28$  и  $7,06 \pm 0,31$  баллов соответственно в основной группе и  $5,7 \pm 0,34$  и  $7,14 \pm 0,22$  баллов в контрольной группе. У всех детей наблюдались дыхательные нарушения, потребовавшие респираторной поддержки.. Инфекционная патология при рождении была выявлена у 8 (44,4%) детей в основной группе, в контрольной группе у 6 детей(30%).

Антропометрические показатели в основной и контрольной группе существенных различий не имели. У детей основной группы чаще диагностировалась морфофункциональная незрелость, составив 13,6%.

По данным ЭХО-КГ в основной и контрольной группе были выявлены ООУ у 61,1% и 54,5% новорожденных соответственно, ОАП -27,7% и 23,4% соответственно.

### **Заключение**

Изучение состояния здоровья в неонатальном периоде жизни у новорожденных, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий необходимо для выявления маркеров развития различных патологий с целью их ранней диагностики и возможной профилактики, либо уменьшения степени тяжести патологических состояний.

## **РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ РЕАНИМАЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОСРЕДСТВОМ КОМАНДНЫХ ТРЕНИНГОВ В УСЛОВИЯХ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА**

Долгополова Н.А., Смагин А.Ю., Ноздрякова Л.С., Крючкова Н.Ю.

*БУ ДПО ОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения»  
г. Омск*

### **Цель**

Решение проблемы преемственности в условиях кадрового дефицита посредством командных междисциплинарных симуляционных тренингов малыми группами



### Материалы и методы

В рамках регионального проекта «Живи малыш» проведена работа с персоналом родовспомогательных учреждений Омской области. Тренинги проводились, как в постоянно действующих командах, так и во временно созданных на период обучения. С использованием высокореалистичного симуляционного оборудования обучение прошли более 500 специалистов.

### Результаты

Для проведения командных тренингов подготовлен штат преподавателей, владеющих технологией симуляционного обучения. В структуре аккредитационно-симуляционного центра на функциональной основе создана учебная больница «Родильный дом» с медицинским оборудованием и манекенами, в том числе 4-го уровня реалистичности, оборудованы симуляционные залы «Акушерство и неонатология с родовым блоком» и «Детская реанимация». Также сформирован мобильный симуляционный модуль для обучения специалистов «in situ», разработан комплекс учебно-методических и инструктивных материалов, включая чек-листы оценки уровня сформированности командных характеристик, определен порядок взаимодействия с медицинскими организациями.

В ходе реализации проекта, на основе выявленных проблем и потребностей специалистов на рабочих местах сформированы командные тренинги по следующим направлениям:

- «Базовая помощь новорожденному в родовом зале и послеродовом отделении»;
- «Последовательность и методика проведения начальных реанимационных мероприятий»;
- «Сердечно-легочная реанимация новорожденному в родовом зале»;
- «Стабилизация состояния ребенка с ЭНМТ и ОНМТ от рождения до перевода его в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных»;
- «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции при выполнении инвазивных вмешательств у новорождённых»;
- «Манипуляционная техника и особенности ухода за сосудистыми катетерами»;
- «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с ЭНМТ, и ОНМТ в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных».

Работа посредством командных тренингов проводится в течение всего учебного года. Приоритет отдается работе в малых группах, благодаря чему максимально реалистично воспроизводится ежедневная нагрузка на персонал в условиях кадрового дефицита.

Результатом проведения тренингов командообразования становятся новые компетенции и качества: стрессоустойчивость, слаженность в работе, взаимопонимание, точность и производительность выполнения манипуляций, повышение степени безопасности рабочего процесса за счет целостного восприятия ситуации. При работе



в команде улучшаются межличностные отношения, коммуникация становится более эффективной.

### **Заключение**

Если к началу отработки симуляционных сценариев показатель сформированности командных характеристик регистрировался на уровне 60%, то по завершению тренинга он превышал 90% порог и в постоянных сформированных командах, и во временно созданных.

Тренинги командообразования в 2018г стали Лауреатами Всероссийского конкурса Программы «100 лучших товаров России» в номинации «Новинка», уровень удовлетворенности специалистов (более 95%) и отзывы руководителей персонала свидетельствует о высоком качестве образовательного процесса.

## ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР И АНАЛИЗ ДАННЫХ ГАЗОВОГО И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Попов А.В., Плотоненко З.А.  
ФГБОУ ВО ДВГМУ МЗ РФ  
г. Хабаровск

### **Цель**

Оценить прогностическую значимость шкалы Апгар для детей с ЭНМТ и ОНМТ и корреляцию с кислотно-основными показателями крови.

### **Материалы и методы**

Методом сплошной выборки отобрано 38 детей с ЭНМТ и ОНМТ. Проводился корреляционный анализ оценки по шкале Апгар на 1, 5 и 10 минутах с показателями рН, рСО<sub>2</sub>, Lас., ВЕ в пуповинной и капиллярной крови, взятой в трех точках отсчета: от 0 до 6 часов, от 6 до 12 часов и 12 до 24 часов жизни.

### **Результаты**

Было сформировано две группы: дети с ЭНМТ (1 группа, n=17, из них 5 умерших в неонатальном периоде) и дети с ОНМТ (2 группа, n=21). У детей 1 группы срок гестации был от 23/7 недель до 25/7 недель, в среднем 26/1 недель±3 дня. Масса тела



детей 1 группы варьировала в диапазоне от 550 до 980 грамм, в среднем  $801,0 \pm 30$  гр. Средняя оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила  $3,29 \pm 0,39$ , на 5 минуте  $5,5 \pm 0,24$ , на 10 минуте  $6,6 \pm 0,2$  балла. Продолжительность пребывания в ОРИТ составила от 1 до 65 суток, в среднем  $28 \pm 5,4$  суток. Летальность в группе детей с ЭНМТ составила 29,4%. У детей 2 группы срок гестации был от 28 до 31/6 недель, в среднем  $30 \text{ недель} \pm 3 \text{ дня}$ ,  $p=0.35$ . Масса тела была в среднем  $1082,5 \pm 34,46$  грамм (1000-1450 грамм),  $p<0.005$ . Оценка по шкале Апгар на 1 минуте была  $4,2 \pm 0,4$  (вариабельность 0-6 баллов),  $p=0.1$ , на 5 –  $5,9 \pm 0,3$  (3-8 баллов),  $p=0.3$ , на 10 минуте –  $7,19 \pm 0,13$  баллов (6-8 баллов),  $p=0.02$ . Длительность пребывания в ОРИТ детей второй группы варьировала от 2 до 47 суток, в среднем  $11,8 \pm 2,1$  суток,  $p=0.009$ . Для детей обеих групп была установлена положительная связь средней силы между сроком гестации и оценкой по шкале Апгар на 1 ( $r+0,67/r+0,45$ , соответственно,  $p<0.05$ ), 5 ( $r+0,57/r+0,6$ , соответственно,  $p<0.05$ ), и 10 минутах ( $r+0,54/r+0,5$ , соответственно,  $p<0.05$ ). С оценкой по шкале Апгар не коррелируют (либо коррелируют слабо) кислотно-основные показатели пуповинной и капиллярной крови. Исключение составлял уровень лактата в период с 6 до 12 часов жизни и число баллов по шкале Апгар на 1 минуте, где определялась положительная связь средней силы ( $r+0,61$ ,  $p<0.05$ ), но только для детей с ЭНМТ. Для детей с ОНМТ выявлялась средняя положительная ( $r+0,52$ ,  $p<0.05$ ) и средняя отрицательная ( $r-,52$ ,  $p<0.05$ ) связь между уровнем  $pCO_2$  и pH в период с 12 до 24 часов жизни и числом баллов по шкале Апгар на 1 минуте соответственно.

### Заключение

оценка по шкале Апгар малоинформативная для выявления гипоксии во время родов и определения прогноза для детей с ОНМТ и ЭНМТ и зависит от степени зрелости новорождённого. Скрининговое исследование уровня лактата способствует объективной оценке гипоксии во время родов.



## ОЦЕНКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ СТАРШЕ 35 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ В РОДОВОМ ЗАЛЕ ПО ШКАЛАМ ДОУНСА И СИЛЬВЕРМАНА: ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ

Шестак Е.В., Ковтун О.П., Федотова О.И.

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

### Цель

Оценить эффективность шкал Доунса и Сильвермана для диагностики и прогнозирования дыхательных нарушений у новорождённых старше 35 недель.

### Материалы и методы

В исследовании участвовали новорождённые старше 35 недель гестации с дыхательной недостаточностью в родовом зале. Работа проходила в Екатеринбургском перинатальном центре с 1 марта по 15 августа 2023 года. Мы сравнивали шкалы Доунса и Сильвермана через 0, 20, 40 и 60 минут респираторной терапии методом СРАР.

### Результаты

В исследовании участвовали 73 ребёнка. Из родового зала в ОРИТН переведены 27 детей, а в физиологическое неонатальное отделение 46 новорождённых. При сравнении оценки дыхательных нарушений по двум шкалам и выявлено, что если на 20-й минуте терапии методом СРАР оценка по шкале Сильвермана составила 4 балла, а по шкале Доунса – на 1 балл больше, и при этом ребёнок нуждался в подаче дополнительного кислорода до 40%, то относительный риск госпитализации в ОРИТН составил 8,519, 95% ДИ 2,014–36,024. При этом чувствительность метода составила 0,833, а специфичность – 0,721.

### Заключение

Врачи-неонатологи и анестезиологи-реаниматологи могут эффективно использовать шкалы Доунс и Сильверман для оценки дыхательных нарушений у новорождённых старше 35 недель гестации в родовом зале. Это позволяет выявить на ранней стадии неэффективность респираторной терапии и своевременно перевести ребёнка в ОРИТН, для обеспечения оптимального лечения.



## ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЗИ И NIRS ЛЁГКИХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЁННЫХ И ВРОЖДЁННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ НА СРОКЕ БОЛЕЕ 35 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

### Цель

Оценка использования УЗИ и NIRS лёгких для дифференциальной диагностики ТТН и врождённой пневмонии (ВП) у детей старше 35 недель гестации.

### Материалы и методы

Проспективное одноцентровое исследование. Включены новорождённые старше 35 недель гестации с развитием ДН в первые 4 часа жизни. При поступлении в ОПИТН им были проведены исследования: УЗИ и NIRS лёгких по боковой и задней поверхности грудной клетки с обеих сторон и дальнейший сравнительный анализ у пациентов с ТТН и ВП.

### Результаты

В исследовании участвовали 204 ребёнка. Из них исключили 4 пациента: у двоих была тяжёлая асфиксия при рождении, у одного – врождённый порок сердца (коарктация аорты), ещё у одного – врождённая анемия. В итоге в исследовании участвовали 200 детей. Из них 142 ребёнка были в группе ТТН, а 58 – в группе ВП. Группы были сопоставимы по общим характеристикам: полу, массе тела при рождении, частоте доношенных и недоношенных детей, а также оценкой по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. Пациентам провели исследования УЗИ и NIRS лёгких. Затем для каждого пациента суммировали баллы по УЗИ с четырёх точек и показатели rSO<sub>2</sub> с четырёх точек. В ходе анализа обнаружено, что по всем показателям между исследуемыми группами есть статистически значимые различия. Результаты показали, что исследуемые методы имеют различную чувствительность и специфичность для дифференциальной диагностики ТТН и ВП:

- Только УЗИ лёгких: чувствительность 75,9%, специфичность 57,0%.
- Только NIRS лёгких: чувствительность 77,6%, специфичность 74,6%.





• Совместное использование УЗИ и NIRS лёгких: чувствительность 86,2%, специфичность 84,5%, область под кривой 0,898, 95 % ДИ 0,854-0,943,  $p < 0,001$ .

Также было обнаружено, что паттерн консолидации в лёгких достоверно чаще регистрируется по УЗИ при ВП ( $p < 0,001$ ).

### **Заключение**

Для диагностики ТТН и ВП можно использовать УЗИ лёгких и NIRS по отдельности, но совместное применение этих методов значительно повышает точность диагноза. На основании проведения данных исследований можно быстро и точно диагностировать заболевание сразу после рождения ребёнка, что позволит своевременно назначить корректную терапию, снизить тяжесть заболевания, сократить срок госпитализации и уменьшить риск осложнений. УЗИ и NIRS лёгких могут стать эффективным инструментом для диагностики респираторных патологий у поздних недоношенных и доношенных детей.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕО ЭЭГ МОНИТОРИНГА В ОТДЕЛЕНИИ ОАРИТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Щеглов Б.О., Щеглова С.Н., Биктимиров А.Р.

*Медицинский комплекс Дальневосточного федерального университета  
г. Владивосток*

### **Цель**

Оценить возможности применения видео ЭЭГ для мониторинга эпилептических проявлений у недоношенных детей в условиях реанимации.

### **Материалы и методы**

В исследование включены недоношенные дети, находящиеся в реанимационном отделении. Данные были получены у детей в возрасте от 24 до 34 недель гестации, с различными неврологическими проявлениями. Анализировались эпизоды, связанные с судорожной активностью, а также выявлялись другие аномалии активности головного мозга.



### **Результаты**

Применение видео ЭЭГ в реанимационном отделении для мониторинга состояния недоношенных детей продемонстрировало значительный потенциал в выявлении ключевых аспектов неврологической патологии, которые не всегда могут быть диагностированы с помощью стандартных методов нейровизуализации или клинического наблюдения. Видео ЭЭГ позволяла не только фиксировать явные эпилептические приступы, но и идентифицировать скрытые, субклинические формы судорожной активности, что является важным, особенно в условиях интенсивной терапии, где клинические проявления приступов могут быть не столь очевидны на ранних стадиях.

Кроме того, видео ЭЭГ дала возможность различать физиологическую и патологическую активность головного мозга. В частности, у ряда пациентов с признаками гипоксически-ишемической энцефалопатии были зафиксированы эпизоды низкочастотных волн, которые служили важным диагностическим маркером, сигнализируя о возможных осложнениях и потенциальном неблагоприятном прогнозе. Эти данные позволили улучшить стратегию нейропротекции, что является критически важным для недоношенных детей, находящихся в условиях острого кислородного дефицита.

Видео ЭЭГ также оказалась полезной для мониторинга реакций головного мозга на изменения в кислородоснабжении, что является ключевым аспектом в реанимации. Применение данного метода обеспечивало более точную корреляцию между эпизодами гипоксии и изменениями в активности мозга, позволяя своевременно скорректировать терапевтические меры. Так, видео ЭЭГ помогала оптимизировать подходы к применению антиконвульсантов и других нейропротективных средств, что значительно улучшало результаты лечения.

Кроме того, анализ полученных данных позволил выявить устойчивые паттерны электроэнцефалографической активности, связанные с различными неврологическими исходами у детей. Наблюдения показали, что дети, у которых была своевременно диагностирована судорожная активность и проведена соответствующая терапия, имели значительно более положительные долгосрочные прогнозы, включая меньшую частоту последующих неврологических нарушений.

### **Заключение**

Применение видео электроэнцефалографии в реанимационном отделении для мониторинга состояния недоношенных детей имеет высокую диагностическую ценность. Метод позволяет своевременно выявлять эпилептические приступы, нарушения мозговой активности и проводить раннюю диагностику неврологических осложнений. Внедрение видео ЭЭГ способствует улучшению качества реанимационной помощи, коррелирует с положительным исходом и снижением риска рецидивов благодаря повышению эффективности нейропротекции у данной категории пациентов.



# Болезни новорожденных

## НЕОНАТАЛЬНЫЙ ГЕМОХРОМАТОЗ (РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ)

Анциферова Е.В., Васильева Е.М., Макарец Б.Г., Шишигина С.В., Успенская О.А.,  
Городилова А.С., Карпова Л.Н., 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

Представить клинический случай редкого заболевания, диагностированного в неонатальном периоде.

### Материалы и методы

Медицинская документация ребенка, находящегося на стационарном лечении в КГБУЗ «Клинический центр охраны материнства и детства», г. Красноярск с 07.12.2021 г. по 31.03.2022 г.

### Результаты

Мальчик К. родился с массой тела 1720 г, длиной тела 43 см, окружностью головы 31 см, окружностью груди 28 см. Оценка по шкале Апгар: 7/7 баллов. Состояние при рождении тяжелое, обусловлено ЗВУР, геморрагическим синдромом: кровоточивость из мест инъекций и по желудочному зонду; вялость, тотальные отеки, вздутие живота, олигурия.

Диагноз: Неонатальный гемохроматоз, тяжелая печеночная недостаточность, асцит, портальная гипертензия. Тромбоцитопения.

Операции: Установка перитонеального дренажа с неоднократной реимплантацией.

Осложнение: Асцит-перитонит (*Pseudomonas aeruginosa*). Бактериальный сепсис новорожденного, СПОН, ДВС.

В анализе крови с рождения тромбоцитопения, анемия, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, снижение ОЖСС (7,3 мкмоль/л), трансферрина (92,3 мг/дл); гиперби-



лирубинемия, повышение АСТ, АЛТ, ферритина до 6000 нг/мл, сывороточного железа (24 мкмоль/л).

В терапии ОЗПК, сеанс плазмообмена, иммуноглобулины, инфузия альбумина, гепатопротекторная, антиоксидантная терапия, курсы АБТ, трансфузии СЗП ежедневно, отмытых эритроцитов, криопреципитата, тромбоконцентрата – по показаниям.

В течение наблюдения прогрессирующая гипотрофия, желтуха с зеленым оттенком, выраженный асцит, гепатоспленомегалия, отечность брюшной стенки, крестца, рестриктивная дыхательная недостаточность, кислородная зависимость. С 112-х суток нарастание СПОН, некомпенсированное нарушение КОС, гуморальная активность. На 114 сутки жизни брадикардия с переходом в асистолию, констатирована смерть.

#### **Результаты патологоанатомического исследования:**

Основное заболевание: Идиопатический неонатальный гемохроматоз с избыточным отложением гемосидерина в гепатоцитах с развитием цирроза печени, в поджелудочной, щитовидной железе, миокарде, слизистой оболочке желудка, лимфатических узлах.

Осложнения основного заболевания: Печёночно-клеточная недостаточность. Портальная гипертензия: гепатоспленомегалия, асцит с содержанием в брюшной полости до 70 мл прозрачной жидкости интенсивно жёлтого цвета, выраженная венозная сеть на коже в области груди и живота. Носитель перитонеального дренажа (установка перитонеального дренажа 05.01.2022г.). Бактериальный сепсис (*Pseudomonas aeruginosa*), СПОН. Тяжёлые дистрофические изменения по внутренним органам.

#### **Заключение**

Диагноз неонатального гемохроматоза основан на клинических и лабораторно-инструментальных критериях: антенатально выявлена ЗВРП, маловодие; тяжелое состояние с рождения, желтуха и выраженные отеки, в анализах крови гипогликемия, коагулопатия, гипоальбуминемия, низкие уровни трансферрина, значительная гипербилирубинемия, высокие уровни сывороточного ферритина; развитие тяжелой печеночной недостаточности и неблагоприятный исход (летальность достигает 80%, выживаемость детей, перенесших трансплантацию печени, составляет не более 50%).



## СИНДРОМ СВАЙЕРА: ДИАГНОСТИКА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Анциферова Е.В., Киселева Н.Г., Донеико В.Н., Лапишко Е.С., 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

Демонстрация клинического случая новорожденного ребенка с синдромом Свайера.

### Материалы и методы

Медицинская документация ребенка, находящегося на стационарном лечении  
в КГБУЗ «Клинический центр охраны материнства и детства», г. Красноярск с 17.11.2023  
г. по 22.12.2023 г.

### Результаты

Ребенок С. родился в умеренной асфиксии с оценкой по шкале Апгар: 6/8 баллов.  
Наружные гениталии по женскому типу с умеренной гипертрофией клитора. Масса  
тела 4000 г., длина тела 59 см, окружность головы 37 см, окружность груди 36 см.

Диагноз сочетанные нозологии:

1. Нарушение формирования пола 46XY, полная дисгенезия гонад (синдром Свайера).
2. ВПС: преддуктальная коарктация аорты, множественные дефекты межжелу-  
дочковой перегородки, открытое овальное окно, открытый артериальный проток.  
Операция 15.11.2023 г.: резекция суженного участка аорты с формированием косо-  
го анастомоза под дугу аорты, ушивание открытого овального окна. Осложнение: НРС.  
Пароксизмальная тахикардия. ХСН 2А ст. ФК II.

Сопутствующее состояние: Краниосиностоз метопического шва.

Из анамнеза: пренатальный скрининг УЗИ плода: женское строение гениталий,  
аномальная форма головы с гипоплазией лобных отделов. ВПС (ДМЖП мышечный,  
коарктация аорты); проведена хорионбиопсия установлен мужского пол плода, роди-  
телями принято решение пролонгировать беременность.

### Результаты обследования:

ЭХО-КГ: ВПС: преддуктальная коарктация аорты, назначена инфузия Вазапостана,  
на 4 сутки жизни хирургическая коррекция ВПС.

КТ головного мозга – не исключается краниостеноз метопического шва.



Кариотип: мужской пол (46XY). Консилиумом принято решение адаптировать ребёнка в женском паспортном поле. Биообразцы отправлены в лабораторию ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ в рамках программы «Альфа-Эндо»: в гене ZFPM2 (NM\_012082.4) в 8 экзоне обнаружен ранее не описанный в литературе вариант мутации (HG38, chr8:105802733G>A, c.2651G>A) в гетерозиготном состоянии, приводящий к аминокислотной замене р. (Arg884His) с глубиной покрытия 82x (rs747995106). Вариант встречается в популяционной базе данных gnomAD v2.1.1 в гетерозиготном состоянии с частотой 0.003% (8 гетерозигот). Вариант расположен в консервативной позиции. Гетерозиготные мутации в гене ZFPM2 описаны при 46XY реверсии пола 9 (OMIM: 616067), тетраде Фалло (OMIM: 187500) с аутосомно-доминантным типом наследования. По результатам анализа покрытия секвенированных генов получены данные в пользу наличия Y-хромосомы (включая ген SRY).

### Заключение

Данный клинический случай представляет впервые описанную мутацию при синдроме Свайера в гене ZFPM2 (OMIM: 616067) в сочетании с врожденным пороком сердца, ассоциированным со вторым генетическим дефектом (OMIM: 187500).

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г.ОМСКА

Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Русинова Т.Г., Ходинская А.В., Маначкина Ю.В.,  
Воронкова М.А., Куриева К.Б., Фурсова А.В., Ашаева Л.В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России  
БУЗОО «Областная клиническая больница» перинатальный центр  
г. Омск

### Цель

оценка перинатальных факторов, влияющих на развитие и степень тяжести бронхолегочной дисплазии (БЛД) у новорожденных перинатального центра г. Омска.

### Материалы и методы

За период 2022-2023 гг проанализировано 56 детей отделения патологии новорожденных и недоношенных детей: основная группа – 31 чел, меньше 32 недель гестации, с БЛД; группа контроля – 25 чел, меньше 32 недель, без БЛД. Статистическая



обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0, расчета коэффициента корреляции Спирмена ( $r$ ).

### Результаты

Корреляционный анализ слабых (до 0,5), умеренных (до 0,7) и значительных (свыше 0,7) факторов, влияющих на формирование БЛД, выявил, что у глубоко недоношенных новорожденных имеется прямая линейная зависимость следующих эндогенных факторов: хориоамнионит ( $r=0,18$ ), мужской пол ( $r=0,43$ ), недостаточность сурфактанта и проведение заместительной терапии Куросурфом 200 мг/кг в сутки ( $r=0,9$ ), формирование внутрижелудочковых кровоизлияний ( $r=0,25$ ); экзогенных факторов: назальный СРАР ( $r=0,18$ ), оксигенотерапия ( $r=0,18$ ). Обратная линейная зависимость наблюдалась среди следующих эндогенных немодифицируемых факторов: вредные привычки матери (курение) ( $r=-0,46$ ), экстремально и очень низкая масса тела при рождении ( $r=-0,43$ ). Корреляционный анализ факторов, влияющих на степень тяжести БЛД выявил, что у глубоко недоношенных новорожденных имеется прямая линейная зависимость от возраста матери ( $r=0,44$ ), кратности гемотрансфузий ( $r=0,6$ ), обратная линейная зависимость от гестационного возраста недоношенного ( $r=-0,45$ ). Риск формирования БЛД отмечался чаще у недоношенных от матерей, имеющих в анамнезе более трех патогенных факторов ( $p<0,05$ ); среди недоношенных, имеющих сочетание более четырех факторов ( $p<0,05$ ).

### Заключение

За последние пять лет в Омском перинатальном центре отмечалось снижение рождаемости недоношенных детей с массой менее 1500,0 г с 68% до 42,4%. Внедрение современных перинатальных технологий выхаживания недоношенных с учетом выявленных факторов (антенатальная стероидная профилактика РДС, заместительная терапия сурфактантом, кратность гемотрансфузии) способствовало уменьшению количества случаев БЛД, а также снижению тяжести течения заболевания, что требует применения мультидисциплинарного подхода для сохранения качества жизни глубоко недоношенных детей.



## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ И ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Богданова С.В., Ильенко Л.И., Гуреев А.Н., Денисова С.Н., Лазарева С.И.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
г. Москва*

### Цель

Оценка влияния железодефицитных состояний у беременных женщин на частоту осложнений беременности и родов.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 236 пар «мать-ребенок». Основная группа: 102 женщины, получающие 60 мг. fumarата железа. Группа сравнения: 134 женщины, находящиеся на амбулаторном наблюдении. Проведен анализ особенности течения беременности и родов и состояние новорожденных, в том числе по обеспеченности железом.

### Результаты

Анализ полученных данных выявил, что дефицит железа в антенатальном периоде увеличивал частоту родоразрешения на более ранних сроках гестации, приводил к ЗВУР, дефициту массы при рождении. У беременных женщин дефицит железа приводил к высокой частоте вирусных инфекций. На основании полученных данных с помощью статистического метода анализа дефицит железа в антенатальном периоде достоверно увеличивал частоту преждевременных родов, вызывал дефицит массы при рождении, ЗВУР, приводил к высокой частоте вирусных инфекций у беременных женщин, у детей от женщин с дефицитом железа отмечался.

У женщин, которые получали терапию ЖДА частота осложнений беременности и родов соответствовала среднестатистическим показателям. Железо – микроэлемент, участвующий в транспорте кислорода, синтезе ДНК, по данным исследователей к моменту наступления беременности его депо должно составлять не менее 500мг. Новорожденные дети от матерей, которые не получали профилактическую дозу железа в период беременности имели ЖДА и несмотря проводимую терапию латентный дефицит железа сохранялся от 3 до 6мес.

Микро и макронутриентная недостаточность, в том числе по жизненно необходимому микроэлементу – Fe более чем у 2/3 беременных и кормящих требует планирования беременности и проведения предгравидарной подготовки с своевременной коррекцией микро и макронутриентной недостаточности, в том числе необхо-





димось профилактического приема препаратов железа в период гестации и грудного вскармливания.

### **Заключение**

Персонифицированный подход, раннее выявление и своевременная профилактика железodefицитных состояний на этапе предгравидарной подготовки позволяют значительно снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВИТАМИН Д ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Богданова С.В., Ильенко Л.И., Гуреев А.Н., Семашина Г.А.

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
г. Москва*

### **Цель**

Разработка методов прогнозирования витамин Д дефицитных состояний в антенатальном периоде у детей раннего возраста.

### **Материалы и методы**

У 284 детей был проведен анализ 10 антенатальных факторов риска. Оценка клиническо – анамнестических факторов риска витамин Д дефицитных состояний у детей в антенатальном периоде осуществлялась с помощью расчета рисков: АР, ОР, АТР, ПАР,ОШ. Все наблюдаемые дети были разделены в зависимости от наличия или отсутствия фактора риска.

### **Результаты**

Анализ антенатальных факторов риска показал, что при дефиците витамина Д у матерей увеличивалась частота патологического течения беременности и родов в 1,8 раз, масса тела при рождении у их детей была достоверно ниже в 78% случаев, чаще встречалась неврологическая симптоматика у 63% рожденных младенцев, аллергические и инфекционные заболевания в первые 3 года жизни 81%, переломы костей 14%, рахит у 100% детей.

### **Заключение**

Апробированный нами статистический и математический метод расчета прогностической значимости антенатальных факторов риска обеспечивает точность прогноза



возможного развития витамин Д дефицитных состояний у детей раннего возраста, что позволяет оптимизировать профилактическую помощь беременным и детям группы высокого риска.

## S.AGALACTIAE – ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Логинова О.П.

ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»

г. Гомель

### Цель

Цель: определить частоту выделения *S.agalactiae* и его чувствительность к антибактериальным препаратам у новорожденных с внутриутробной инфекцией.

### Материалы и методы

Материал для исследования – 698 образцов клинического материала от новорожденных с внутриутробной инфекцией (ВУИ). Обследовались дети первых дней жизни. Проводился жидкостный посев на 5% кровяной агар. Идентификация и определение чувствительности выполнялись на микробиологическом анализаторе VITEK 2 Compact (bioMérieux, Франция).

### Результаты

В связи с низкой специфичностью клинических проявлений *S. agalactiae*–инфекции у новорожденных детей особое значение в верификации этиологии заболевания приобретает именно бактериологический посев. По результатам культурального исследования, *S.agalactiae* выделен из 43 клинических образцов, что составило 6,16%. Стрептококки группы В выделялись в монокультуре. Это свидетельствует о клинической значимости этого возбудителя и позволяет подтвердить этиологию ВУИ. Известно, что ВУИ, вызванные *S.agalactiae* протекают тяжело и часто приводят к летальному исходу, особенно тяжело протекают менингиты у новорожденных. Летальность при менингитах достигает 50%. У выздоровевших после менингита новорожденных часто остаются неврологические дефекты, такие как задержка речевого развития, умственная отсталость, слепота, эпилептические припадки. В связи с этим необходимо, как можно быстрее провести этиологическую верификацию ВУИ и своевременно назначить этиотропную терапию.



В результате изучения антибиотикочувствительности выделенных штаммов *S. agalactiae* установлено, что в 100% они были чувствительны к пенициллинам, фторхинолонам, ванкомицину, цефалоспорином. У 8 изолятов установлена резистентность к эритромицину, как маркерному препарату для макролидов. Как известно, при подозрении на инфекцию *Streptococcus agalactiae* препаратом выбора является ампициллин. При менингите дозы ампицилина увеличивают. При неинвазивных формах инфекции *Streptococcus agalactiae* продолжительность монотерапии составляет 10 суток, при вызванных стрептококками группы В. По результатам определения чувствительности в качестве препарата для стартовой терапии у новорожденных с ВУИ, вызванных *S. agalactiae* возможно применять ампициллин. Однако отмечена резистентность к эритромицину (28%), что необходимо учитывать при выборе препарата для стартовой эмпирической терапии.

### Заключение

Таким образом, стрептококк группы В является значимым агентом в этиологии ВУИ среди новорожденных детей. Появление и увеличение количества резистентных штаммов возбудителей требует осуществления постоянного мониторинга резистентности стрептококка группы В. Для профилактики возникновения ВУИ новорожденных необходимо женщинам – носителям *S. agalactiae* перед родами провести терапию ампициллином ввиду высокой чувствительности к этому препарату.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НЕОНАТАЛЬНОГО ЛАКТАТ-АЦИДОЗА: МЕЖДУ СЦИЛЛОЙ И ХАРИБДОЙ

Мамаева Е.А., Альхова Т.С., Петров Д.В., Подгурская Т.В., Артамонова И.Н., Петрова Н.А., Копылов В.В.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России  
г. Санкт-Петербург

### Цель

Представить сложности диагностики первичного неонатального лактат-ацидоза на примере клинических случаев: 3 детей мужского пола с дефицитом пируватдегидрогеназы (ПДГ).

### Материалы и методы

Проспективный анализ историй болезни 3 новорожденных с подтвержденным диагнозом дефицита ПДГ, ассоциированным с мутацией в гене PDHA1.



### Результаты

Неонатальный лактат-ацидоз представляет собой широко распространенный симптом, особенно среди пациентов отделений анестезиологии и реанимации новорожденных. Этиология первичного неонатального лактат-ацидоза сложна и многообразна, а клинические признаки не типичны. Инфузионная терапия будет значительно различаться в зависимости от этиологии заболевания, что требует от врача-неонатолога проведения дифференциальной диагностики в кратчайшие сроки, часто до получения результатов расширенного неонатального скрининга. Известно, что наиболее частой причиной персистирующего стойкого лактат-ацидоза у новорожденных является дефицит ПДГ, требующий введения внутривенной классической кетодиеты уже в раннем неонатальном периоде. Проанализированы 3 клинических случая пациентов мужского пола, включая ДХДА двойню с подтвержденным молекулярно-генетически дефицитом ПДГ, PDHA1-ассоциированным. Проведен анализ клинической картины, динамики лактат-ацидоза в ответ на коррекцию инфузионной терапии (в частности увеличения углеводной нагрузки, добавления таких кофакторов как тиамин, цианкобаламин). Отдельное внимание уделено сравнению результатов первичного расширенного неонатального скрининга, на основании которого (повышение соотношения C3/C2 по данным ТМС) во всех 3 случаях была предварительно неверно диагностирована органическая ацидурия (метилмалоновая / пропионовая). При проведении ретеста полученные изменения исключали диагноз метилмалоновой ацидурии и свидетельствовали в пользу дефицита пируватдегидрогеназы, что в дальнейшем было подтверждено молекулярно-генетически.

### Заключение

Дифференциальный диагноз первичного неонатального лактат-ацидоза должен проводиться на основании сопоставления множества факторов, включая динамику уровня лактата при повышении углеводной нагрузки, наличия / отсутствия гипогликемий, уровня аммония в плазме крови, наличия ВПР головного мозга. Инфузионная терапия будет значительно и фатально различаться в зависимости от подозреваемого заболевания из группы НБО. Повышение соотношения C3/C2 в первичном неонатальном скрининге, при наличии клиники, свидетельствующей в пользу дефицита ПДГ, стоит подвергать сомнению.



## ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЕЙ

Муллахметова Л.М., Коваленко Т.В., Юдицкий А.Д.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России  
г. Ижевск

### Цель

Оценить особенности питания глубоконедоношенных детей с гипофосфатемией.

### Материалы и методы

Обследованы недоношенные дети, рожденные при сроке гестации 24-31 недель: группа наблюдения – дети с гипофосфатемией (n=49), группа сравнения – новорожденные без гипофосфатемии (n=35). Рассчитывалась длительность парентерального питания и поступление минеральных веществ при энтеральном питании.

### Результаты

Недоношенные дети обеих групп с рождения находились на полном парентеральном питании (100% и 96,9% соответственно). Длительность парентерального питания в группе наблюдения составила 44,0 [36,5 – 52,5] дня, в группе сравнения – 30,0 [23,5 – 49,0] дней (p=0,01). Статистически значимые различия наблюдались в длительности полного парентерального питания (9,0 [6,3 – 17,5] дней и 6,0 [4,0 – 9,3] дней соответственно, p=0,001). Энтеральное питание к возрасту двух недель получали лишь 76,7% недоношенных детей группы наблюдения, в свою очередь в группе сравнения этот показатель составил 97,0% (p=0,01).

Достаточное поступление минеральных веществ и витамина Д при энтеральном питании является важным фактором нормального течения фосфорно-кальциевого обмена у ребенка. В группе недоношенных детей с гипофосфатемией энтеральное поступление фосфора, кальция и витамина Д было ниже рекомендуемых нормативов. Так на 2 неделе жизни в группе наблюдения энтеральная дотация фосфора составила 24,2 [12,7 – 41,5] мг/кг/сут (в группе сравнения – 37,3 [24,5 – 51,3] мг/кг/сут, p=0,04), кальция 44,0 [24,1 – 76,3] мг/кг/сут (в группе сравнения – 67,2 [43,6 – 91,9] мг/кг/сут, p=0,03), витамина Д 60,0 [32,5 – 76,8] МЕ/кг/сут (в группе сравнения – 79,2 [56,0 – 94,7] МЕ/кг/сут, p=0,05). Такая же тенденция сохранялась на 4 и 6 неделе жизни недоношенных детей.



### Заключение

Гипофосфатемия у недоношенных детей ассоциирована с длительным проведением парентерального питания и снижением энтеральной дотации фосфора, кальция и витамина Д.

## СИНДРОМ ALCAPA

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

*Алтайский краевой клинический перинатальный центр «ДАР»  
г. Барнаул*

### Цель

Представить клинические случаи выявленного синдрома ALCAPA в ранний неонатальный период. Данная аномалия отличается сложностью диагностики и неблагоприятным прогнозом.

### Материалы и методы

Обследование сердце новорожденного с исследованием магистральных сосудов, доплеровским анализом и цветным картированием. В неонатальном отделении перинатального центра на стационарном сканере секторным датчиком 12МГц.

### Результаты

В связи с особенностями кровообращения плода аномальное отхождение ЛКА от ЛА не проявляется во внутриутробном периоде, т.к. через открытый артериальный проток в аорте и легочной артерии поддерживается одинаковое давление и насыщение крови кислородом. После рождения давление и содержание кислорода в ЛА снижается. Физическая нагрузка (кормление, плач), сопровождающаяся повышенной потребностью миокарда в кислороде может вызывать транзиторную ишемию или инфаркт миокарда.

В 2023 г выявлен первый случай синдрома ALCAPA. Доношенный мальчик М., срочные роды в 40,2 недели, вес при рождении 3930 гр, рост-54 см. На третьи сутки жизни проведена плановая ЭхоКГ.

КДР-29,0 мм; КСР-24,0 мм, КДО-16 мл, КСО-6 мл, ФВ-31,4 %, Лоцируется устье ПКА диаметр 1,3 мм, диаметр ствола ЛКА 4,2 мм. ЭхоКГ Заключение: Сократительная способность миокарда ЛЖ снижена. Дилатация левых отделов сердца. Овальное окно диаметром – 4,0 мм. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Расширение (до 4,2 мм) и извитость ствола ЛКА, кровотоки в артерии ускоренный, антеградный. Фистулы коронарной артерии? АОЛКА от ЛА?



В 2024 г выявлен второй случай синдрома ALCAPA. Доношенная девочка А., срочные роды в 39 недель, вес при рождении 4000 гр, рост 54 см. На вторые сутки жизни проведена плановая ЭхоКГ.

КДР-25,8 мм; КСР-22,0 мм, КДО-24,2 мл, КСО-12,6 мл, ФВ-47,8 %, ЛП-15,4 мм, ПЖ-9,0 мм. Лоцируется устье ПКА диаметр 2,7 мм, устье ЛКА 3,0 мм. Заключение: Аномальное отхождение левой КА от легочного ствола. Сократительная способность миокарда ЛЖ снижена. Дилатация левых отделов сердца. Овальное окно диаметром-4,5 мм. Нарушений локальной сократимости не выявлено.

Дети переведены в НМИЦ им.ак.Е.Н. Мешалкина для дообследования и лечения по согласованию.

При поступлении МСКТ: заключение: признаки отхождения левой коронарной артерии от синусов легочной артерии.

Проведена операция: коррекция аномального отхождения ЛКА от ствола легочной артерии, реимплантация ЛКА в аорту, пластика ствола легочной артерии лоскутом из аутоперикарда.

### **Заключение**

Единственный метод лечения данной патологии – хирургический, восстановление двух коронарных систем кровоснабжения сердечной мышцы путем радикальной коррекции порока. Полученные данные позволяют предположить, что для мониторинга состояния миокарда следует прибегнуть к МРТ, позволяющую более точно определить локальное снижение сократительной функции миокарда ЛЖ и дефицитом перфузии в отдаленные сроки после хирургической коррекции порока.

## **ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ**

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

*Российский университет медицины.  
г. Москва*

### **Цель**

Изучение роли железодефицитной анемии в развитии осложнений беременности, родов и влияние на здоровье новорожденных.



### **Материалы и методы**

Обзор литературы по изучению роли железодефицитной анемии в развитии осложнений беременности и родов.

### **Результаты**

Недостаточное потребление железа в рационе матери вызывает гипоксию, которая стимулирует секрецию гормонов стресса (норэпинефрина и кортизола), что повышает риск плацентарного окислительного стресса. Поэтому обеспечение адекватного потребления железа во время беременности может эффективно снизить риск преэклампсии. (Дж.Дж. Мск и соавт. 2024 г). Дефицит железа оказывает выраженное влияние на иммунные клетки, способствуя выживанию Th2 клеток, переключению классов иммуноглобулинов и подготовке тучных клеток к дегрануляции. Низкий уровень материнского гемоглобина также связан с повышением уровня IgE-антител и уменьшением объема легких у ребенка. Более высокие концентрации трансферрина у матери во время беременности, отражающие более низкий статус железа, были связаны с повышенным риском аллергии у ребенка. (П.Б.Пфистер 2018 г). Дефицит железа у плода приводит к врожденным порокам развития центральной нервной системы, которые могут проявляться в трудностях обучения, нарушении поведения и слуха, а также дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы и эндокринных желез. Кроме того, значительно повышается риск низкой массы тела и преждевременных родов. По сравнению со здоровыми беременными женщинами повышенный уровень материнского гепсидина также отмечался при патологии беременности с повышенным воспалительным компонентом, например, при преэклампсии или ожирении. (К. Машержак и соавт 2021 г).

### **Заключение**

Коррекция уровня железа и ранее назначение препаратов железа при беременности, с целью восполнения повышенной потребности, играет важную роль для профилактики осложнений беременности и родов.





## СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Умматова Р.Ш.

*РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА*

*г. Ташкент*

### Цель

Изучение соматического статуса женщин, перенесших массивные акушерские кровотечения для раннего выявления риска его развития.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 600 беременных женщин. Возрастной интервал женщин находился в среднем репродуктивном возрасте (25-35 лет). Среди обследованных 220 женщин были повторнородящими, 154 женщины – многорожавшими и 216 женщин первородящими. Подавляющее большинство из них были домохозяйками – 420 женщин (70%).

### Результаты

Анализ соматического статуса женщин показал, что наиболее частой патологией была железодефицитная анемия – 25,3 % (152 женщины).

Анемия легкой степени диагностирована у 122 женщин (48%), анемия средней степени – у 25 женщин (10%) и анемия тяжелой степени – у 5 женщин (2%). Следует отметить, что лишь 40 женщин (26,3%) получали антианемическую терапию в гестационном периоде.

Все они являлись жителями городов. Анемия встречалась чаще у домохозяек сельской местности. Вторая наиболее часто встречающаяся патология – заболевания печени (136 женщин – 22,7%). В основном это были гепатиты В и С, цирроз печени. Среди обследованных женщин у 96 беременных (16,2%) выявлены заболевания почек в виде пиелонефрита в различных формах активности и бессимптомной бактериурии. Варикозная болезнь наблюдалась у 14 женщин (2,3%). Из эндокринной патологии у 11 женщин выявлено абдоминальное ожирение (1,8%). Не менее важной патологией считается тромбоцитопатия, которая диагностирована у 6 женщин (1%).

### Заключение

Таким образом, юные первородящие, домохозяйки, многорожавшие старше 35 лет, женщины с анемией различной степени тяжести, с заболеваниями печени и почек входят в группу риска по развитию массивных акушерских кровотечений в гестаци-



онном и послеродовом периодах. Своевременная профилактика и лечение соматических заболеваний и повышение медицинской грамотности населения несомненно приведут к снижению акушерских кровотечений.

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОГО СПИНАЛЬНОГО ДИЗРАФИЗМА (ССД) У НОВОРОЖДЕННЫХ

Черданцева С.Ю.<sup>1</sup>, Лынова С.А.<sup>2</sup>, Свищева М.Е.<sup>1</sup>

*1 КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»,*

*2 ОП ООО «Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина»*

*г. Барнаул*

### Цель

Проанализировать возможные клинические проявления ССД в виде изменений кожи спины и оценить роль ультразвуковой диагностики у новорожденных.

### Материалы и методы

Проанализированы данные лучевой диагностики и клинического осмотра «здоровых» новорожденных. УЗИ проводились новорожденным физиологического отделения ПЦ на сканерах экспертного класса линейными датчиками 10–12 МГц и микроконвексным датчиком 5–10 МГц в 1 сутки жизни. Результаты УЗИ подтверждены МРТ.

### Результаты

Первичным скрининговым методом диагностики аномалий позвоночника и СМ все чаще становится УЗ исследование. Доступность методики связано с хорошим акустическим окном у новорожденных благодаря незавершенной оссификации позвонков. В нашей практике, за период 23г, наблюдались 2 доношенных новорожденных со ССД без каких либо неврологических изменений и не имеющих сопутствующих аноректальных пороков.

Основанием для подозрения на аномалию СМ явились кожные изменения спины: в 1 случае небольшой отросток кожи менее 1см с отверстием на вершине, во 2–дефект кожи 8мм, расположенный латеральнее позвоночника на 1,5см.

При УЗ исследованиях определялись: у 1 ребенка – непрямолинейный свищевой ход по направлению к спинномозговому каналу, экзогенное содержимое в спинно-



мозговом канале, утолщенная терминальная нить более 2мм, не исключить фиксированный СМ, у 2-свищевой ход от дефекта кожи до позвоночника.

МР томография подтвердила: наличие в 1 случае-spina bifida, липомиелоцеле, синдром утолщенной нити, фиксированный СМ; во 2 случае- spina bifida, менингоцеле. Изменений головного мозга выявлено не было, у одного из детей диагностирован ДМПП, ФФК.

Новорожденные переведены на 3 и 5 сутки в нейрохирургические отделения для оперативного лечения: проведено у 1 ребенка – микрохирургическое грыжесечение, удаление липомы конского хвоста с устранением фиксации СМ; у 2 – микрохирургическое грыжесечение.

Другие встречаемые кожные стигмы, ассоциированные с ССД: подкожная липома, отклонение ягодичной складки, копчиковая ямка, заостренное отверстие на поверхности кожи с волосками, след «ожога сигареты», кожная гемангиома, сосудистый невус, депигментированное пятно, волосатое пятно или участок гипертрихоза, припухлость кожи спины, костные выросты. Эти изменения могут встречаться по одному или несколько у одного пациента.

### **Заключение**

Отсутствие неврологических проявлений при рождении не всегда позволит заподозрить аномалию спинного мозга. ССД при поздней диагностике может привести к необратимым осложнениям. Кожные изменения в области спины достоверно ассоциируются с риском ССД. Всем новорожденным с выявленными кожными стигмами следует проводить УЗД позвоночника. Настороженность специалистов в отношении аномалии спинного мозга, привлечение специалистов лучевой диагностики, неврологов и нейрохирургов помогут избежать развития осложнений, связанных с данной патологией.



## ВОЗМОЖНОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ И КОРРЕЛЯЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ИСХОДОМ

Черданцева С.Ю., Свищева М.Е.

КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»  
г. Барнаул

### Цель

Оценка методом НСГ динамики размеров, особенностей морфологии мозолистого тела (МТ) у недоношенных детей и использование полученных данных в оценке развития этих пациентов.

### Материалы и методы

Исследования проводились новорожденным из группы ЭНМТ и ОНМТ от 0 до 1 года. Оценивались размеры, структура МТ при рождении, выписки, в кабинете катамнеза. Размеры сравнивались с данными биометрии плода. В дальнейшем оценивалась динамика роста МТ, проводилась корреляция с неврологическим статусом, антропометрическими показателями.

### Результаты

В пренатальной эхографии визуализация МТ обязательна. Разработаны нормативные показатели длины, толщины и ширины МТ до 37 недели беременности (R. Achiron, A. Achiron, 2001г; А.Ю. Блинов). При постнатальных исследованиях проводится регистрация МТ как анатомической структуры, но не является обязательным измерение его размеров и оценки структуры. Мы включили в протокол НСГ измерение МТ по правилам пренатального скрининга. При рождении недоношенных детей специалисты УЗД сопоставляют размеры МТ с данными биометрических таблиц для данного ГВ. В дальнейшем, при контрольных исследованиях оценивается динамика роста МТ, проводится корреляция с антропометрическими данными и неврологическим статусом. Чаще подробно исследуется МТ в связи с подозрением на порок его развития. Но изменения МТ могут быть вторичны, в результате деструктивных процессов в белом веществе, наиболее уязвимом у данной категории пациентов.

Мы отслеживаем динамику изменений размеров МТ, сопоставляем данные с антропометрическими параметрами и неврологическим статусом для оценки развития недоношенного ребенка. По нашим наблюдениям, медленный рост или отсутствие



роста и объема МТ коррелирует с неблагоприятным неврологическим прогнозом пациента.

В нашей практике были выявлены следующие изменения МТ, не связанные с образованиями или аномалиями развития:

1) среднестатистическое увеличение длины МТ на 1-2мм каждые 14-21день у «здоровых» недоношенных детей.

2) у тяжелых, нестабильных недоношенных с ЭНМТ и ОНМТ замедление или отсутствие роста.

3) у недоношенных с тяжелым ишемическим поражением и/ или течением внутриамниотической инфекции – деструктивные изменения белого вещества мозга и уменьшение объема МТ (чаще задних отделов); в дебюте такого неблагополучия м.б. увеличение размеров за счет отека.

4) морфологическая изменчивость строения, чаще в виде угловой деформации ствола, расценивается как варианты строения и не имеет клинического значения.

### **Заключение**

Выхаживание детей с ЭНМТ и ОНМТ, требует дополнительных критериев оценки развития ГМ. К одним из самых чувствительных маркеров деструктивных процессов белого вещества относится МТ. У недоношенных новорожденных с неблагополучием антенатального и постнатального периодов МТ тоньше, чем у неврологически здоровых детей. При общем истончении размеров МТ больше всего страдают валик, меньше ствол и еще меньше колена, что соотносится с данными МРТ и патологоанатомическими исследованиями.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА**

Юдицкий А.Д., Григорьева М.П.

*ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России  
г. Ижевск*

### **Цель**

установить клинические особенности течения ретинопатии у недоношенных детей разного гестационного возраста.



### Материалы и методы

В исследование включены 94 недоношенных детей. Группа наблюдения – дети с гестационным возрастом при рождении 22-27 недель ( $n=31$ ), группа сравнения – дети с гестационным возрастом 28-31 недель ( $n=63$ ). Оценивали клинические особенности течения ретинопатии недоношенных по данным офтальмологического обследования.

### Результаты

При оценке частоты ретинопатии недоношенных установлено, что в группе наблюдения данная патология наблюдалась в 83,8% случаев, что достоверно ( $p<0,05$ ) превышало показатели группы сравнения (39,7%). В группе наблюдения отмечалось более тяжелое течение ретинопатии. Так, у 22,6% обследованных патологический процесс локализовался в 1 зоне, у 58,0% – в 2 зоне (в группе сравнения – 3,2% и 36,5% соответственно,  $p<0,05$ ). Достоверно ( $p<0,05$ ) чаще в группе детей с гестационным возрастом 22-27 недель выявлялись 2 и 3 стадии заболевания (25,9% и 16,1% соответственно). Проведение операции лазерокоагуляции сетчатки потребовалось в группе наблюдения 35,5% пациентов, в группе сравнения – 3,2% ( $p<0,05$ ).

### Заключение

Недоношенные дети с гестационным возрастом при рождении 22-27 недель являются группой риска тяжелого течения ретинопатии недоношенных с высокой вероятностью прогрессирующего течения и оперативной коррекции.

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАЛЫМИ И МАЛОВЕСНЫМИ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ

Юдицкий А.Д., Осипова Е.В.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России  
г. Ижевск

### Цель

Изучение характера и частоты врожденных пороков развития у доношенных детей, рожденных малыми и маловесными к гестационному возрасту.



### Материалы и методы

В группу наблюдения включены доношенные новорожденные с массой/длиной тела менее 10 Пц (таблицы Intergrowth-21) ( $n=601$ ), в группу сравнения – дети, соответствующие сроку гестации ( $n=8458$ ). Оценивали частоту (%) и структуру врожденных пороков развития. Достоверность различий оценивали при помощи U-критерия Манна-Уитни ( $p<0,05$ ).

### Результаты

Новорожденные, малые и маловесные к гестационному возрасту, имели более высокую частоту ( $p<0,05$ ) врожденных пороков развития – 8,0% (95% ДИ 7,9 – 8,1), в группе сравнения – 3,5% (95% ДИ 3,4 – 3,6). При анализе структуры врожденных аномалий установлено, что в группе наблюдения их частота достоверно ( $p<0,05$ ) превышала показатели группы сравнения по всем обсуждаемым нозологическим формам. Так, в группе наблюдения частота врожденных пороков сердца составила 4,16% (95% ДИ 4,10 – 4,23), врожденных пороков желудочно-кишечного тракта – 0,83% (95% ДИ 0,80 – 0,86), врожденных пороков развития половой системы – 0,83% (95% ДИ 0,80 – 0,86), врожденных пороков развития мочевыделительной системы – 0,33% (95% ДИ 0,31 – 0,35), врожденных пороков развития костно-мышечной системы – 1,33% (95% ДИ 1,30 – 1,37). В группе сравнения частота врожденных пороков сердца составила 2,21% (95% ДИ 2,20 – 2,22), врожденных пороков желудочно-кишечного тракта – 0,04% (95% ДИ 0,039 – 0,405), врожденных пороков развития половой системы – 0,27% (95% ДИ 0,269 – 0,271), врожденных пороков развития мочевыделительной системы – 0,21% (95% ДИ 0,209 – 0,211), врожденных пороков развития костно-мышечной системы – 0,37% (95% ДИ 0,369 – 0,371).

Частота множественных врожденных аномалий у детей, рожденных малыми и маловесными к гестационному возрасту, также была достоверно ( $p<0,05$ ) выше – 0,50% (95% ДИ 0,48 – 0,52), чем в группе сравнения – 0,12% (95% ДИ 0,11 – 0,13).

### Заключение

Для доношенных новорожденных детей, рожденных малыми и маловесными к гестационному возрасту, характерна большая частота и разнообразие нозологических форм врожденных пороков развития, что необходимо учитывать при обследовании в неонатальном периоде и пренатальной диагностике.



# СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис  
нажмите на нужный  
пункт содержания

## Анестезиология-реаниматология

- 3 **ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ**  
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю.
- 5 **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ПРИ HELLP- СИНДРОМЕ В ОБЛАСТНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ**  
Белова А.С., Ржанников А.С., Веккер И.Р., Студенов Г.В.
- 6 **ПОСТАНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ГИПОНАТРИЕМИЯ КАК ПРИЧИНА РЕЗКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**  
Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.
- 8 **ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И ВОМИТОФОБИЕЙ**  
Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.
- 9 **ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ**  
Быков Ю.В., Быкова А.Ю., Беккер Р.А.
- 10 **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА – КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ**  
Коньшева О.В., Китиашвили И.З., Аристова Н.М., Хаиндрава А.Т., Плаксина М.С..
- 12 **ОЦЕНКА ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ**  
Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Якубова Д.И.
- 13 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**  
Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Голубев В.В., Карташева С.В., Гасанов Н.П., Арабаджан С.М.
- 15 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАР-БЛОКА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**  
Мирзоянц С.Л., Токарева В.В., Карташева С.В., Голубев В.В., Арабаджан С.М.





- 16 **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ГЕМОГРАММЫ ПРИ АНАЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**  
Недень Л.Ч., Дражина О.Г., Савицкая В.М., Кулеш Т.А.
- 18 **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ И И СРОЧНЫМИ РОДАМИ**  
Савицкая В.М., Недень Л.Ч., Дражина О.Г.
- 19 **РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПЕРЕНЕСШЕЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**  
Студёнов Г.В., Воронцова Н.А., Сенникова Ж.В., Бакитова В.А.
- 20 **РОЛЬ АУТОИММУННЫХ АНТИТЕЛ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**  
Якубова Д.И., Тоноян Л.А., Маркова Е.В.
- 22 **БАКТЕРИЙ КРАСНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ**  
Якубова Д.И., Якубов С.И.

## Организация медицинской помощи новорожденным

- 24 **ПЕРЕНЕСЕННАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ С ПОЗИЦИЙ ЕДИНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ – ПЛОД – НОВОРОЖДЕННЫЙ**  
Богданова С.В., Ильенко Л.И., Гуреев А.Н., Лазарева С.И.
- 25 **ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Бойдак М.П., Прилуцкая В.А., Иванова Е.В.
- 27 **ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ С УЧЕТОМ МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ**  
Дражина О.Г., Прилуцкая В.А., Савицкая В.М., Старовойтова А.А., Кулеш Т.А.
- 28 **ЭЛЕКТРОННЫЕ СРЕДСТВА ДОСТАВКИ НИКОТИНА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Пономарева Н.Е., Безгодова И.О., Косинова С.Р., Паршукова Л.Н., Картоева З.Ю., Дмитриева А.А.
- 30 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ У ПЛОДА**  
Хаджилаева Ф.Д., Хаджилаев И.Д., Коджакова Т.Ш.



## Хирургия новорожденных

- 32 ВОЗМОЖНОСТИ СТАНДАРТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ  
Бабатова С.И., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л., Батдалова З.Н., Пыков М.И.

## Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

- 34 ДЕТИ ЗАЧАТЫЕ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА  
Деларю Н.В., Тяпченко Д.А.
- 35 РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ОКАЗАНИИ РЕАНИМАЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОСРЕДСТВОМ КОМАНДНЫХ ТРЕНИНГОВ В УСЛОВИЯХ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА  
Долгополова Н.А., Смагин А.Ю., Ноздрякова Л.С., Крючкова Н.Ю.
- 37 ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР И АНАЛИЗ ДАННЫХ ГАЗОВОГО И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА  
Попов А.В., Плотноненко З.А.
- 39 ОЦЕНКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ СТАРШЕ 35 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ В РОДОВОМ ЗАЛЕ ПО ШКАЛАМ ДОУНСА И СИЛЬВЕРМАНА: ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ  
Шестак Е.В., Ковтун О.П., Федотова О.И.
- 40 ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЗИ И NIRS ЛЁГКИХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЕННЫХ И ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ НА СРОКЕ БОЛЕЕ 35 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ.  
Шестак Е.В., Ковтун О.П., Старков В.Ю.
- 41 ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕО ЭЭГ МОНИТОРИНГА В ОТДЕЛЕНИИ ОАРИТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ  
Щеглов Б.О., Щеглова С.Н., Биктимиров А.Р.



## Болезни новорожденных

- 43 **НЕОНАТАЛЬНЫЙ ГЕМОХРОМАТОЗ (РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ)**  
Анциферова Е.В., Васильева Е.М., Макарец Б.Г., Шишигина С.В., Успенская О.А., Городилова А.С., Карпова Л.Н., Таранушенко Т.Е.
- 45 **СИНДРОМ СВАЙЕРА: ДИАГНОСТИКА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**  
Анциферова Е.В., Киселева Н.Г., Донейко В.Н., Лапишко Е.С., Таранушенко Т.Е.
- 46 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г.ОМСКА**  
Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Русинова Т.Г., Ходинская А.В., Маначкина Ю.В., Воронкова М.А., Куриева К.Б., Фурсова А.В., Ашаева Л.В.
- 48 **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В АНЕНАТАЛЬНОМ И ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**  
Богданова С.В., Ильенко Л.И., Гуреев А.Н., Денисова С.Н., Лазарева С.И.
- 49 **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВИТАМИН Д ДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В АНЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**  
Богданова С.В., Ильенко Л.И., Гуреев А.Н., Семашина Г.А.
- 50 **S.AGALACTIAE – ПРИЧИНА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Логинова О.П.
- 51 **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НЕОНАТАЛЬНОГО ЛАКТАТ-АЦИДОЗА: МЕЖДУ СЦИЛЛОЙ И ХАРИБДОЙ**  
Мамаева Е.А., Альхова Т.С., Петров Д.В., Подгурская Т.В., Артамонова И.Н., Петрова Н.А., Копылов В.В.
- 53 **ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЕЙ**  
Муллахметова Л.М., Коваленко Т.В., Юдицкий А.Д.
- 54 **СИНДРОМ АЛСАРА**  
Свищёва М.Е., Черданцева С.Ю., Ясашная М.С.
- 55 **ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ**  
Тоноян Л.А. Маркова. Е.В. Якубова Д.И. Ягияева А.М.
- 57 **СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**  
Умматова Р.Ш.



- 58 **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОГО СПИНАЛЬНОГО ДИЗРАФИЗМА (ССД) У НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Черданцева С.Ю.<sup>1</sup>, Лынова С.А.<sup>2</sup>, Свищева М.Е.<sup>1</sup>
- 60 **ВОЗМОЖНОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ МТ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ И КОРРЕЛЯЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ИСХОДОМ**  
Черданцева С.Ю., Свищева М.Е.
- 61 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА**  
Юдицкий А.Д., Григорьева М.П.
- 62 **ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ МАЛЫМИ И МАЛОВЕСНЫМИ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ**  
Юдицкий А.Д., Осипова Е.В.



XVII ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

27–29 ноября  
2024 года

В начало

Содержание

# Выражаем благодарность

## Главным спонсорам



GE HealthCare

## Спонсорам



Иновационные  
технологии  
здоровья



## При поддержке



группа компаний БИОПАЙН



## Генеральному информационному партнеру



## Информационным партнерам



www.phdynasty.ru



ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ВРАЧА



Получение профессионального образования для профессионалов

