



26–28 ноября 2025

**XVIII** ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

**МАТЕРИАЛЫ  
КОНГРЕССА**

XVIII ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

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

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

М., 2025 – 71 с.

Под редакцией:

Зубкова В.В.,

Силаева Б.В.

26–28 ноября 2025 года

г. Москва

ISBN 978–5–906–484–87–1

© «МЕДИ Экспо», 2025



# Анестезиология– реаниматология

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИИ

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю.

Центр репродукции человека и ЭКО

г. Ростов-на-Дону

### Цель

Провести анализ эффективности прогнозирования реакции организма на введение жидкости с использованием неинвазивных гемодинамических параметров

### Материалы и методы

В исследование включены 58 пациенток, которым проводилась операция лапароскопия по различным показаниям под общей анестезией в условиях ИВЛ. Все женщины были разделены на две группы, в зависимости от реакции гемодинамики на инфузионную нагрузку. Продолжительность лапароскопии составила 75 – 275 мин, общая кровопотеря составила 75 – 255 мл.

### Результаты

У всех пациенток проводилось исследование гемодинамических показателей: систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), среднее АД (срАД), пульсовое артериальное давление (ПАД), ЧСС и пульсоксиметрию. Проведенные исследования показали, что у всех больных отмечались исходные нормальные показатели гемодинамики. При развитии нестабильной гемодинамики (по различным причинам) и необходимости проведения инфузионной терапии отмечалось снижение САД (100-102 мм рт ст) и ДАД (60-70 мм рт ст), а также наблюдалась более ранняя реакция показателей срАД (менее 50 мм рт ст) и ПАД (менее 40 мм рт ст) в ответ на гипотензию. Для прогнозирования ответной реакции организма на введение жидкости, после внутривенного введения 500 мл стерофундина было отмечено у 47 женщин (1 группа обследуемых) повышение срАД (более 60 мм рт ст) и ПАД (более 55 мм рт ст). Эти измене-



ния сРАД и ПАД мы оценивали как положительная динамическая оценка на преднагрузку, что в дальнейшем способствовало эффективности проводимой инфузионной терапии. У 11 пациенток (2 группа) наблюдалось незначительное повышение сРАД (на 10-12%) и ПАД (на 12-15%), что было расценено как отсутствие реакции организма на введение жидкости и поэтому проводилась более осторожная инфузионная терапия у этих больных. У пациентов в критическом состоянии ранняя оценка гемодинамики необходима для проведения интенсивной и инфузионной терапии, при этом сердечный выброс является ключевым показателем состояния кровообращения, однако его измерение нередко ограничено техническими и практическими возможностями. Известно, что изменения сердечного индекса тесно коррелируют с изменением пульсового артериального давления,

Отслеживание изменений пульсового артериального давления и сРАД наряду с САД, ДАД, сРАД, ЧСС и диурезом позволило быстро и просто оценить гемодинамику и провести эффективную инфузионную терапию больным 1 группы в полном объеме.

### **Заключение**

У пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких с гипотензией изменения пульсового артериального давления и среднего АД позволяют точно прогнозировать реакцию организма на введение жидкости, и тем самым, предположить, будет ли эффективной проводимая инфузионная терапия.



## **ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛОКАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ (ДЛА) У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Бадмажапов А.С., Баранов Ю.И., Кузнецов А.О., Громов Ф.А., Немытченко В.А.,  
Иванченко Д.С.

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

### **Цель**

Обоснование применения ДЛА у пациенток с гипертензивными расстройствами, осложняющие беременность, роды и послеродовый период после операции кесарева сечения.

### **Материалы и методы**

Критерии включения: пациентки, получающие в послеоперационном обезболивании после операции кесарева сечения дополнительное обезболивание в виде ДЛА раствором ропивакаина 2 мг/мл. Критерии исключения: возраст менее 18 лет, ASA IV, V, заболевания и состояния, сопровождающиеся почечной и/или печеночной недостаточностью.

### **Результаты**

Пациенткам (20 человек) исследуемой группы во время ушивания операционной раны предбрюшинно поверх поперечной фасции живота хирургом устанавливался мультиперфорированный катетер. Через 2 часа после выполнения спинальной анестезии вводилась нагрузочная доза 0,5% ропивакаина – 10 мл. Дальнейшая введение препарата проводилось эластомерной помпой со скоростью 6-12 мл/ч. в течении 48 часов в комбинации НПВС+ацетаминофен с оценкой значений боли по ВАШ. Уровень боли по ВАШ в группе составил 3-4 балла при активизации, 0-2 балла в покое на протяжении 48 ч. и не требовало назначения наркотических анальгетиков в режиме «спасительной анальгезии».

В течение всего времени проведения ДЛА не было выявлено ни одного случая появления симптомов, связанных с системной токсичностью ропивакаина (в том числе: онемение губ и языка, нарушения слуха и зрения, дизартрия, одышка, голо-



вокругение, мышечные подергивания, ригидность мышц, металлический привкус во рту, приливы жара, нарушения сердечного ритма, изменение состояния сознания, эйфория или судороги). Важно отметить, что инфекционных и иных осложнений в области операционной раны зарегистрировано не было. Также хотелось бы отметить, что антигипертензивная терапия, проводимая пациенткам в группе исследования в виде монотерапии - таб. метилдопы, либо комбинации таб. метилдопы и таб. нифедипина не требовали коррекции в послеоперационном периоде за период нахождения в стационаре.

### **Заключение**

Данное исследование позволило подтвердить безопасность ДЛА. Также ДЛА является отличной альтернативой для пациенток с гипертензивными расстройствами, перенесших оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Доказано снижение количества потребляемых медикаментозных препаратов для послеоперационного обезболивания, в том числе наркотических анальгетиков и более инвазивных методов анальгезии, таких как эпидуральная анальгезия с учетом назначения НМГ с целью раннего начала медикаментозной тромбопрофилактики.

## **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТОШНОТЫ И РВОТЫ У АКУШЕРСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПОД СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ**

Баранов Ю. И., Бадмажапов А. С., Кузнецов А.О.

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

### **Цель**

Провести сравнительную оценку применения растворов пропофола, метоклопрамида, дексаметазона, фентанила и натрия хлорида 0,9% как плацебо в профилактике развития ИОТР.

### **Материалы и методы**

Были сформированы пять групп акушерских пациенток. Критерии включения: плановое оперативное родоразрешение под СА, добровольное информированное согласие, возраст от 18 до 37 лет, соматический статус по ASA II класс.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание****Результаты**

По результатам проведённого исследования можно сделать вывод, о том что метопролол и плацебо очень близки к своему антиэметическому эффекту, дексаметазон занимает четкое обоснованное воздействие подтверждённое во множестве исследований, а пропופол и фентанил (который не достаточно исследован у беременных и рожениц) занимают конкурентное положение в профилактике и лечении ИОТР. Достаточно большое количество рожениц отмечают положительный эффект и большую удовлетворённость от анестезии и родов при применении пропопола, возможно с применением его в качестве профилактики ИОТР или других эффектов, но однозначно проведение подобных мероприятий оказывает влияние на последующее отношение пациентки к родам и профилактики ИОТР, хотя применение фентанила не снижает удовлетворённость после проведения оперативных родов.

**Заключение**

Необходимо более детальное изучение вопроса влияния антиэметических свойств фентанила и пропопола у беременных и рожениц во время проведения операции кесарева сечения во время спинальной анестезии.

## **ЗНАЧЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕД РОДАМИ ДЛЯ ПОЛУАВТОМАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЭЛАСТОГРАФА НАЕМА Т4**

Безнощенко О.С., Герасимов Ю.А., Острик К.А., Белов А.В., Силаев Б.В.

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

**Цель**

Определить значения параметров гемостаза у беременных женщин перед родами с помощью тромбоэластографа Наема Т4.

**Материалы и методы**

на тромбоэластографе Наема Т4 Medcaptain Medical Technology Co. (Китай) исследовали образцы цельной крови с цитратом натрия (3,2%) 22 беременных (37±1,2 недели) женщин в возрасте 35,9±5,4 лет. Определяли параметры (R, K, угол α, MA,



АСТ, CI, TMA, A, G, E, TPI, LY30 и LY60, CL30 и CL60, EPL, CLT, LTE) тестов Kaolin, Rapid Kaolin, Functional Fibrinogen.

### Результаты

Параметры теста Kaolin Activation Reagent: R 4,75 (4,1;5,5) мин., K 1,2 (1,0;1,3) мин., угол  $\alpha$  70,1 (68,5;72,7) %, A5 51,4 (47,8;53,0) мм, A10 62,4 (60,1;64,5) мм, A15 66,3 (64,3;68,1) мм, A30 66,4 (62,8;67,9) мм, A60 62,9 (60,3;65,7) мм, MA 68 (66,1; 70,3) мм, CI 2,45 (1,6;2,9), TMA 24,9 (23,9;28,2) мин., G 10,7 (9,7;11,8) дин/с, E 212,8 (194,7;236,5) дин/с, TPI 87,7 (76,5;105,0) /сек., LY30 0,0 (0,0;0,5) %, LY60 2,5 (0,88;3,6) %, CL30 97,8 (96,6;99,2) %, CL60 92,7 (90,3;95,2) %, CLT 643,3 (649,8;925,5) мин., LTE 643,3 (584,1;925,5) мин.

Параметры теста Rapid Kaolin Reagent: R 0,2 (0,2;0,3) мин., K 0,8 (0,8;0,82) мин., угол  $\alpha$  79,3 (77,7;80,0) %, A5 53,8 (41,9;55,8) мм, A10 63,5 (52,7;64,3) мм, A15 66,8 (57,4;67,7) мм, A30 66,5 (59,4;68,4) мм, A60 62,9 (56,2;65,8) мм, MA 67,8 (60,6;69,1) мм, CI 6,0 (4,4;6,3), TMA 20,3 (18,9;21,5) мин., G 10,5 (7,8;11,2) дин/с, E 210,7 (156,5;224,2) дин/с, TPI 131,7 (55,3;140,1) /сек., LY30 0,0 (0,0;0,2) %, LY60 1,6 (0,07;2,7) %, CL30 98,7 (97,6;100) %, CL60 94,5 (92,1;97,2) %, CLT 785,6 (692,8;1161,5) мин., LTE 785,6 (692,8;1161,5) мин., АСТ 73,9 (73,9;81,7) сек.

Параметры теста Functional Fibrinogen Assay: R 1,7 (1,5;1,8) мин., K 1,8 (1,47;2,7) мин., угол  $\alpha$  72,9 (70,6;74,3) %, A5 24,9 (23,2;26,4) мм, A10 28,3 (26,5;29,9) мм, A15 29,6 (27,7;31,7) мм, A30 30,9 (29,2;33,5) мм, A60 31,4 (29,2;34,2) мм, MA 30,9 (29,2;33,5) мм, CI -0,1 (-1,0;0,3), TMA 20,5 (18,3;21,9) мин., G 2,25 (2,05;2,5) дин/с, E 44,9 (41,3;50,4) дин/с, FLEV 564,8 (532,9;610,4) мг/дл, TPI 12,8 (8,2;17,7) /сек., LY30 0 (0;0) %, LY60 0 (0;0) %, CL30 100 (100;100) %, CL60 100 (100;100) %, CLT 9999,9 (4196,2;9999,9) мин., LTE 9999,9 (4320,7;9999,9) мин.

Значения параметров всех тестов представлены медианой (Me) с интерквартильным размахом (Q25-Q75).

### Заключение

определены значения параметров тестов (Kaolin, Rapid Kaolin, Functional Fibrinogen) у беременных женщин с помощью тромбоэластографа Наема Т4, что позволит использовать анализатор в акушерской практике для Point of care диагностики нарушений гемостаза.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

## **ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ «ГЕМАТОКРИТ-АЛЬБУМИН» У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Васильев С.А., Виктор С.А., Демидова Р.Н.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр

«Мать и дитя»

г. Минск

### **Цель**

Оценить диагностическую ценность нового комплексного показателя «гематокрит-альбумин» для диагностики преэклампсии.

### **Материалы и методы**

В исследование включено 74 беременных женщины, из них 33 с хронической или гестационной гипертензией, без преэклампсии (Гр1), 15 с поздней преэклампсией (Гр2), 26 без гипертензивных расстройств во время беременности (группа сравнения, Гр3). Статистически значимыми принимали различия при  $p < 0,05$ .

### **Результаты**

Все 3 группы были сопоставимы по возрасту ( $p = 0,240$ ). Распределение по возрасту представлено как медиана (Q1; Q3): Гр1 – 35 (31; 37) лет, Гр2 – 31 (26; 39) год, Гр3 – 34 (27; 37) лет.

При оценке отдельных лабораторных показателей, традиционно ассоциированных с преэклампсией, статистически значимых межгрупповых различий выявлено не было, что подтверждает ограниченную диагностическую ценность изолированного использования данных показателей в диагностике преэклампсии:

- гематокрит: Гр1 – 35,4 (33,6; 36,7) %, Гр2 – 36,2 (32,9; 39,1) %, Гр3 – 35,5 (32,8; 36,9) %,  $p = 0,814$ ;

- альбумин: Гр1 – 40 (37; 41) г/л, Гр2 – 37 (35; 40) г/л, Гр3 – 40 (38; 42) г/л,  $p = 0,240$ .

При этом были получены статистически значимые различия по показателю «гематокрит-альбумин» (разность между значениями гематокрита и альбумина). В группе беременных с поздней преэклампсией наблюдались более высокие значения показателя «гематокрит-альбумин» (-1,7 (-3,3; 1,9)) по сравнению с Гр1 (-4,0 (-6,3; -1,7),  $p = 0,34$ ) и с Гр3 (-4,3 (-6,4; -1,7),  $p = 0,027$ ). При этом различия между группой Гр1 и Гр3 были статистически незначимы ( $p = 1,000$ ), что подчеркивает специфичность данного маркера для преэклампсии, а не для гипертензивных расстройств в целом. Для количественной оценки диагностической точности показателя «гематокрит-альбумин» был прове-

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

ден ROC-анализ и получено пороговое значение -1,9 (AUC 0,74 (0,61–0,87), чувствительность 67% и специфичность 73%).

Полученные данные имеют четкое патофизиологическое обоснование. Увеличение показателя «гематокрит-альбумин» при преэклампсии обусловлено одновременным воздействием двух разнонаправленных процессов: повышением гематокрита вследствие гемоконцентрации, вызванной повышенной сосудистой проницаемостью и потерей плазмы в интерстициальное пространство и снижением уровня альбумина в крови, являющееся следствием системного воспалительного ответа, эндотелиальной дисфункции и протеинурии.

**Заключение**

Таким образом, повышение комплексного показателя «гематокрит-альбумин» ассоциировано с наличием преэклампсии и его использование может повысить точность диагностики данного осложнения беременности по сравнению с изолированным использованием лабораторных показателей.

## **ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

Васильев С.А., Виктор С.А., Курлович И.В., Прилуцкая В.А., Демидова Р.Н.

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

**Цель**

Изучить взаимосвязь между критическими акушерскими состояниями (КАС) и перинатальными исходами.

**Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ 110 историй одноплодных родов, осложнившихся КАС. Проведена оценка перинатальных исходов в зависимости от вида КАС (тяжелая преэклампсия/эклампсия, септические осложнения, массивные кровотечения и другие). Статистически значимыми принимали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты**

Критические акушерские состояния оказывают существенное влияние на перинатальные исходы, при этом лишь около трети случаев (36 (32,7%)) заканчиваются рождением здорового ребенка. В 66 (60,0%) случаях регистрируется тяжелая перина-

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

тальная заболеваемость с необходимостью в медицинской помощи в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации, в 8 (7,3%) случаях – перинатальная гибель.

Тяжелая преэклампсия/эклампсия являлась наиболее частым критическим состоянием в исследуемой выборке (58 случаев (52,7%) от всех КАС) и ассоциировалась с наибольшей частотой тяжелой перинатальной заболеваемости (43 (74,1%) случая) и перинатальной смертности (5 (8,6%) случаев).

Септические осложнения регистрировались в 15 случаях (13,6%) и были на втором месте по тяжелой перинатальной заболеваемости (9 (60,0%)) и на первом месте по перинатальной смертности (5 (33,3%)). При акушерских кровотечениях (11 (10,0%) случаев от всех КАС) частота рождения здорового младенца составила 63,6% (7 случаев), а тяжелая перинатальная заболеваемость и перинатальная смертность наблюдались в 3 (27,3%) и 1 (9,1%) случае соответственно.

В группе «другие КАС», в которую вошли 26 (23,6%) случаев тяжелой соматической патологии во время беременности, родов и в послеродовом периоде, зарегистрирован высокий процент рождения здоровых новорожденных (15 (57,7%) случаев), а также нулевой показатель перинатальной смертности. Это свидетельствует об эффективности прегравидарной подготовки и междисциплинарного медицинского наблюдения во время беременности, а также оптимальных сроках и способе родоразрешения, позволяющих минимизировать риски для плода и новорожденного.

**Заключение**

Вид критического акушерского состояния является определяющим прогностическим фактором для перинатального исхода. Септические осложнения и тяжелая преэклампсия/эклампсия характеризуются прогностически неблагоприятными перинатальными исходами, в то время как своевременное вмешательство при акушерских кровотечениях и тяжелой соматической патологии позволяет минимизировать риски для плода и новорожденного.



## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОДОЗНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ

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

Областной перинатальный центр  
г. Ростов-на-Дону

### Цель

Провести анализ эффективности использования низкодозной спинальной анальгезии при обезболивании родов.

### Материалы и методы

Проведен анализ 78 обезболиваний родов с помощью спинальной анальгезии. Методика проведения пункции спинального пространства стандартная с использованием анестетика «Маркаин Спинал Хэви» в дозе 3-5 мг на уровне L3 – L4 с использованием игл диаметром 25-27 G.

### Результаты

Все беременные поступали в перинатальный центр с развившейся родовой деятельностью, открытием шейки матки более 6 см и сопровождающейся выраженным болевым синдромом. У всех рожениц развилась анальгезия с адекватным уровнем обезболивающего эффекта, который развился уже через 3-5 минут после введения местного анестетика. Показатели гемодинамики у всех женщин были стабильными в течение всего периода родов и в дополнительной коррекции не было необходимости. Ни в одном случае не было отмечено жалоб на тошноту и рвоту. Длительность обезболивания составила 110-150 минут и к моменту родов негативного воздействия на родовую деятельность отмечено не было. Общеизвестно, что обезболивание родов с использованием эпидуральной анальгезии является «золотым стандартом» в акушерской практике в связи с высокой эффективностью. Однако, при поступлении беременных с развившейся родовой деятельностью, сопровождающейся выраженным болевым синдромом и открытии шейки матки 5-6 см более целесообразно проводить низкодозную спинальную анальгезию.

### Заключение

Анализ проведенных исследований свидетельствует о высокой эффективности использования низкодозной спинальной анальгезии у беременных с развившейся родовой деятельностью, сопровождающейся выраженным болевым синдромом и открытии шейки матки более 6 см. Применение низких доз местных анестетиков минимизирует риск системного токсического действия, гемодинамических сдвигов



и моторного блока нижних конечностей, а также не оказывает влияния на родовую деятельность и не влияет на плод.

## ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РОТЭМ У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ.

Кисурина А.С., Белов А.В., Безнощенко О.С., Силаев Б.В.

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

### Цель

Оценить динамику параметров РОТЭМ у женщин с послеродовым кровотечением в зависимости от объёма кровопотери.

### Материалы и методы

В исследование было включено 29 пациенток родоразрешенных оперативным путем. Группа-1 (n=21) со стандартной кровопотерей (КП) (<1500 мл)  $897 \pm 255$  мл, группа-2 (n=8) - с массивной КП (>1500 мл)  $2012 \pm 822$  мл  $p=0,0001$ . Тромбоэластометрию выполняли интраоперационно (точка 1) и через 24 часа после родов (точка 2).

### Результаты

Интраоперационно (ИО) параметры EXTEM в группе-1 и группе-2 соответствовали: CT - 57 [49;62] с и 67 [58;75]с ( $p=0,121$ ); CFT - 65 [59;81] с и 84 [76;92] с ( $p=0,063$ ); A5 - 55 [48;57] мм и 51 [48;54] мм с  $p=0,114$ ; MCF - 72 [68;73] мм 69 [67; 71] мм ( $p=0,113$ ); ML - 7 [3;9] % и 7 [1,8;7] ( $p=0,205$ ).

Через 24 часа после операции: CT - 62 [53;69] с. и 62 [57;68] с. ( $p=0,599$ ); CFT - 62 [58;77] с. и 85 [71;95] с. ( $p=0,020$ ); A5 - 57 [51;58] мм и 44 [35;49] мм ( $p=0,049$ ); MCF - 73 [69;75] мм и 66 (57;67) мм ( $p=0,009$ ); ML - 8 [5;11] % и 4 [3;5,8] % ( $p=0,065$ ). Во 2-й точке в группе-2 отмечается снижение плотности сгустка, однако значение находится в пределах референсных интервалов (РИ).

Параметры EXTEM внутри каждой группы между точками измерений не имели статистически значимых различий ( $p>0,05$ ).

ИО параметры INTEM в группе-1 и группе-2 соответствовали: CT - 164 (145;191) с. и 159 (154;176) с. ( $p=0,970$ ); CFT - 62 (55;70) с. и 64 (53;96) ( $p=0,990$ ); A5 - 52 (47;56) мм и 52 (47;53) мм  $p=0,737$ ; MCF - 69 (66;71) мм и 69 (65; 71) мм ( $p=0,881$ ); ML - 8 (3;9) % и 7 (4;8) % ( $p=0,482$ ).



Через 24 часа после родоразрешения параметры INTEM в группе-1 и группе-2 соответствовали: CT - 191 (164;235) с. и 233 (223;234) с. ( $p=0,328$ ); CFT - 61 (54;73) с. и 63 (60;105) с.  $p=0,324$ ; A5 - 53 [49;57] мм и 51 [39;54] мм ( $p=0,354$ ); MCF - 69 [66;72] мм и 68 [61;69] мм ( $p=0,432$ ); ML - 9 [5;10] % и 6 [4;9] % ( $p=0,393$ );

Динамика параметров INTEM группы-1 в точках 1 и 2: CT -  $p=0,005$ ; CFT -  $p=0,849$ ; A5 -  $p=0,230$ ; MCF -  $p=0,843$ ; ML -  $p=0,444$ . Динамика значений параметров INTEM группы-2 в точках 1 и 2: CT -  $p=0,021$ ; CFT -  $p=0,158$ ; A5 -  $p=0,211$ ; MCF -  $p=0,088$ ; ML -  $p=0,990$ . В обеих группах отмечается увеличение времени свертывания CT INTEM через 24 часа после кесарева сечения.

Параметры FIBTEM ИО в группе-1 и группе-2: A5 - 19 мм [15;22] и 17 мм [12,75;21,25] ( $p=0,481$ ); MCF - 22 мм [18;27] и 20,5 мм [15,75;24,5] ( $p=0,598$ ). Через сутки после кесарева сечения (точка 2): A5 - 21 мм [18;24] и 16 мм [12,75;17] ( $p=0,049$ ); MCF - 26 мм [23;28] и 19,5 мм [16;20,75] ( $p=0,040$ ).

В динамике между точками 1 и 2 в группе-1 выявлено увеличение A5-  $p=0,029$  и MCF-  $p=0,004$ . В группе-2 динамика параметров FIBTEM была статистически незначимой (A5-  $p=0,681$ ; MCF-  $p=0,514$ ). Для оценки данных использованы U-критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона.

### Закключение

У пациенток группы-2 через 24 часа после кровопотери отмечалось снижение плотности сгустка, ввиду массивной инфузионно-трансфузионной терапии, поскольку метод чувствителен к уровню клеточных элементов крови. Стоит отметить, что параметры РОТЭМ находились в пределах референсных интервалов в обеих группах.

## ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ФЕРРОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛАТЕНТНЫМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Невзоров О.Б., Шамаилова Д.И.

ФГБОУ ВО Российский университет медицины МЗ РФ  
г. Москва

### Цель

Оценить эффективность предгравидарной ферротерапии препаратом «железа карбоксимальтозат» у пациенток с латентным дефицитом железа, планирующих беременность

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

**Материалы и методы**

Было обследовано 30 пациенток в возрасте от 25 до 35 лет, средний возраст 28,5 лет, планирующих беременность. У всех обследуемых уровень гемоглобина составил  $135,7 \pm 13.2$  г/л, эритроцитов -  $4,5 \pm 0.9$  млн, уровень сывороточного ферритина - менее 30 нг/мл, в среднем  $18,3 \pm 7.6$  нг/мл, уровень железа -  $6,8 \pm 3.6$  мкмоль/л.

**Результаты**

Среди причин латентного дефицита железа у всех пациенток были отмечены обильные менструации (73%) и алиментарный дефицит железа (27%). Всем обследуемым была проведена парентеральная ферротерапия препаратом железа карбоксимальтозат в дозе 20 мг/кг массы тела (не более 1000 мг) однократно в виде внутривенной инфузии. Через 4 недели после лечения у всех обследуемых наблюдалось стабильное повышение уровня сывороточного ферритина до  $89 \pm 15.8$  нг/мл, гемоглобина - до  $149,2 \pm 5.6$  г/л, которое сохранялось в течение последующих 2-6 мес до наступления беременности.

**Заключение**

Латентный дефицит железа может являться причиной развития анемии беременных с развитием характерных осложнений со стороны матери и плода, таких, как замедление внутриутробного роста, мертворождаемость, низкий вес при рождении, невынашивание, осложненные роды, послеродовое кровотечение, материнская и перинатальная смертность. Ввиду этого не вызывает сомнений необходимость эффективной предгравидарной подготовки, позволяющей достичь стабильного уровня показателей крови у женщин, планирующих беременность.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ  
АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Невзоров О.Б., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Царькова М.А., Шамаилова Д.И.  
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ  
г. Москва

**Цель**

Целью нашей работы явилось изучение возможности прогнозирования акушерских кровотечений на основании выявления факторов риска гипотоническими кровотечениями.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание****Материалы и методы**

Был проведен анализ 62 историй родов пациенток после родов через естественные родовые пути, осложнившиеся гипотоническими кровотечениями. К послеродовым мы относили кровотечения, превышающие 500 мл после родов через естественные родовые пути и более 1000 мл после операции кесарево сечение.

**Результаты**

Факторы риска ПК были разделены нами на 2 группы: факторы риска, возникающие во время беременности (1 группа) и в родах (2 группа). К 1 группе отнесены: предлежание и низкое расположение плаценты (ПК наблюдались в 62% случаев), применение токолитической терапии (ПК в 28%), многоплодная беременность (ПК в 16%), рубец на матке после кесарева сечения и миомэктомии (ПК в 18%), ПК в анамнезе (ПК в 12%), наличие 2 и более аборт в анамнезе (ПК в 11%), преэклампсия (11%). Ко 2 группе отнесены: нерациональное (более одной дозы) применение утеротоников (ПК в 9%), длительность 1 периода родов более 12 часов или 2 периода более 2 часов (ПК в 14%), преждевременные роды при массе плода менее 2200 гр (ПК в 11%), что сопоставимо с риском ПК при родах крупным плодом (ПК в 10%).

Наличие факторов риска развития ПК нами учитывалось при выработке плана ведения родов, в родах проводить профилактику ПК. К таковым относятся: рациональное ведение родов (применение токолитиков по показаниям), профилактику ПК путем введения окситоцина в конце 2 периода родов или в раннем послеродовом периоде, в ходе операции кесарево сечение возможно применение карбетоцина, рациональное ведение 3 периода родов (сугубо консервативное ведение неосложненного течения 3 периода, применение наружных приемов выделения последа только при наличии признаков отделения плаценты). Показания к операции кесарево сечение при наличии достоверных факторов риска развития ПК были расширены. Необходимость аутогемотрансфузии с помощью аппарата Cell Saver предусматривается заранее. Следует особо отметить значение подготовки к возможному ПК всего дежурного персонала родильно-операционного блока (анестезиологов-реаниматологов, среднего медицинского персонала), наличие необходимых запасов компонентов крови.

Лечебные мероприятия при массивной кровопотере направлены на восстановление эффективного ОЦК, адекватной оксигенации (при необходимости проведение ИВЛ), коррекцию нарушений кислотно-щелочного состояния и коллоидно-осмотического давления, системы гемостаза, применение стероидных, сердечно-сосудистых средств. Данные задачи решаются в процессе проведения адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.



### Заключение

Таким образом, выделенные нами факторы риска развития послеродовых гипотонических кровотечений (предлежание и низкое расположение плаценты, применение токолитической терапии, многоплодная беременность, рубец на матке после кесарева сечения и миомэктомии, ПК в анамнезе, наличие 2 и более аборт в анамнезе, преэклампсия, применение утеротоников, длительные роды, преждевременные роды, роды крупным плодом) позволяют выработать оптимальную тактику ведения родов, уменьшить риск развития ПК.

## ТЯЖЕЛАЯ АСФИКСИЯ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ. НЕПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ В НЕПРОСТОМ КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ

Стеколыщикова И.Р; Стеколыщиков А.Г; Ненилина Н.В; Ильиных А.В; Ягосфаров А.Н  
КГБУЗ «Перинатальный Центр»  
г. Хабаровск

### Цель

Цель: демонстрация клинического случая с поэтапным оказанием специализированной медицинской помощи

### Материалы и методы

Клинический случай

### Результаты

доношенный ребенок, срок гестации 39 недель, рожден в тяжелой асфиксии на 6 по шкале Апгар, без признаков живорождения. В учреждении родовспоможения III уровня оказана реанимационная помощь при рождении, терапевтическая гипотермия в течение первых суток жизни. В дальнейшем отмечено развитие острого почечного повреждения, потребовавшее проведение перитонеального диализа. На 5 сутки жизни, на фоне проведенного перитонеального диализа, развился разлитой каловый перитонит. С учетом необходимости проведения экстренного оперативного вмешательства, ребенок маршрутизирован санавиацией в КГБУЗ «Перинатальный Центр», где через 12 часов проведена реконструкция кишечника с наложением 4х анастомозов и выведением «высокой» илеостомы. В первые сутки послеоперационного периода, в связи с имеющимися противопоказаниями к проведению пери-



тонеального диализа, начат сеанс ВВГД (вено-венозный гемодиализ) в течение 48 часов, с перерывом в 24 часа и последующим переходом на интракорпоральный метод детоксикации, проводимый в течение 6-ти суток.

В течение 6-ти недель после операции энтеральное питание ребенка составляло грудное молоко в объеме 15 мл, увеличение объема приводило к большим потерям по стулу. Неврологический статус ребенка оценивался ежедневно, в динамике с улучшением, в возрасте 24 суток проведено ЭЭГ – формирование корковой ритмики, на фоне умеренных диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга с достижением развития по возрасту.

Достигнута стабилизация ренальной функции, с целевыми показателями креатинина для данной патологии. С учетом длительного проведения парентерального питания, с целью минимизации кратности седации, ребенку установлен туннелированный катетер, без осложнений.

Для улучшенного развивающего ухода было принято решение о переводе в отделение выхаживания совместно с матерью, где была продолжена прежняя терапия, с мониторингом биохимических показателей крови, на 35 сутки жизни показатели ренальной функции пришли в норму.

Через 6 недель с момента выведения илеостомы пациент был переведен в отделение хирургии новорожденных для проведения реконструктивной операции на кишечнике и через 21 день после формирования энтероанастомоза ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

### **Заключение**

Оказание специализированной помощи в объеме нейровегетативной блокады, реконструкции кишечника, на фоне проведения экстракорпорального и интракорпорального метода детоксикации у доношенного новорожденного, перенесшего постреанимационную болезнь с развитием тяжелой полиорганной недостаточности, завершилось благоприятным исходом, несмотря на трудности лечения коморбидного новорожденного пациента. Данный клинический случай освещает тонкости принятия решения в тех ситуациях и моментах, которые не прописаны в клинических рекомендациях.



# Организация медицинской помощи новорожденным

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Анциферова Е.В., Хребтова Е.Г., Карпова Л.Н., Смирнова Ю.А., Воронина Н.А.,  
Калюжная И.И., Фортус Е.М., Таранушенко Т.Е.

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

### Цель

Оценить эффективность и влияние аппаратной терапевтической гипотермии на неврологический исход у новорожденных детей, рожденных в тяжелой асфиксии.

### Материалы и методы

Открытое, ретроспективное, сплошное, одноцентровое исследование. Представлены данные 34 детей, рожденных в Красноярском крае за 2020-2023 гг. с диагнозом асфиксия, потребовавшим проведения аппаратной гипотермии (аппарат TECOTHERM NEO). Оценка неврологического статуса проведена на момент выписки из стационара, в возрасте 1-3 лет.

### Результаты

Исследование выполнено в Клиническом центре охраны материнства и детства г. Красноярска. Все дети получили аппаратную гипотермию в первые 6 часов жизни (среднее время начала гипотермии 3 часа 10 минут) по протоколу: 72 часа охлаждения + 7 часов согревания. Гендерных различий не выявлено: мальчики составили



47%, девочки – 53%. Медиана гестационного возраста 36,3 недели [39;38,3], медиана массы тела – 3400 г [2800;3600]. Оценка по шкале Апгар на 1, 5 и 10 минутах составила 2 [1;3], 4 [3;5,75] и 5 [5;7] баллов соответственно. По результатам кислотно-щелочного равновесия при рождении медиана pH – 7,0 [7,0;7,1], дефицит оснований – -16 [-18;-15] ммоль/л. Медиана времени проведения ИВЛ – 94 часа [81;125,3], средний койко-день в ОАР – 7,9, в стационаре – 15 [18;20,3]. На момент выписки неврологический статус соответствовал возрасту у 55,9% детей. В 44,1% отмечены неврологические отклонения (изменение мышечного тонуса, синдром угнетения/возбуждения). Катамнестическое наблюдение оценено у 22 детей (64,7%) в возрасте 1-3 лет: ДЦП выставлен 6 детям – 27,3% (в 2020 году – 3 ребенка, 2021 год – 2 ребенка, 2023 год – 1 ребенок).

### Заключение

В сравнении с литературными данными по исходам тяжелой асфиксии при проведении аппаратной гипотермии (J.H. Ellenberg, 2012), подтверждена эффективность рассматриваемой терапевтической стратегии со снижением рисков неблагоприятного неврологического исхода у 55,9% детей на момент выписки и в 72,7% через 1-3 года после окончания наблюдения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ С ВКЛЮЧЕНИЕМ В ТЕРАПИЮ КОФЕИНА ЦИТРАТА

Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Русинова Т.Г., Кайгородцева А.А., Маначкина Ю.В.,  
Ходинская А.В., Дворжецкая О.В., Воронкова М.А., Фурсова А.В., Проскурякова К.А.

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

### Цель

оценка клинических эффектов кофеина цитрата в комплексной терапии респираторного дистресс-синдрома (РДС) у недоношенных новорожденных перинатального центра г. Омска.

### Материалы и методы

Под наблюдением находилось 50 недоношенных новорожденных. Основная группа: дети с клиникой РДС, получавших кофеина цитрат: 1-я-27-30 недель (n=11); 2-я-31-33 недели (n=15). Группа контроля: условно здоровые недоношенные 34-36 недель

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

( $n=24$ ). Для обработки данных применялась программа Statistica 10.0, коэффициент корреляции Спирмена ( $r$ ).

**Результаты**

Кофеина цитрат назначался с первого дня жизни в нагрузочной дозе 20 мг/кг, в последующие дни в поддерживающей дозе 10 мг/кг с большей продолжительностью от  $21 \pm 8,5$  дней в группе с меньшим сроком гестации (1я группа) по сравнению с 2й группой - от  $9 \pm 2,3$  дней ( $p < 0,05$ ), что можно связать с более выраженной морфологической незрелостью респираторного тракта (клинико-рентгенологическое подтверждение течения респираторного дистресс-синдрома) и особенностями строения и функционирования структур головного мозга (наличие подтвержденных внутрижелудочковых кровоизлияний 1-2 степеней, формирование перивентрикулярной лейкомаляции, судорожного синдрома) в сравниваемых группах ( $p < 0,05$ ). Получена прямая умеренная корреляция между длительностью приема кофеина цитрата и продолжительностью оксигенации (применение аппаратной вентиляции, использование методики назального СРАР): более длительная вентиляция легких у недоношенных 1й группы (40 дней (95% ДИ 38-42),  $r=0,6081$ ;  $p=0,0471$ ); значительно меньшая продолжительность респираторной поддержки у детей 2й группы (21,5 дней (95% ДИ 20-23),  $r=0,7475$ ;  $p=0,0014$ ). Оценка показателей скорости клубочковой фильтрации выявила увеличение клиренса креатинина у детей, получавших кофеина цитрат, в отличие от группы контроля: получена прямая умеренная корреляция в 1й группе перед началом терапии  $r=0,6447$ ;  $p=0,0322$ ; по завершению курса препарата  $r=0,7262$ ;  $p=0,0114$ ; во 2й группе - прямая умеренная корреляция показателя креатинина перед началом терапии  $r=0,5976$ ;  $p=0,0186$ ; по завершению курса препарата  $r=0,7018$ ;  $p=0,0035$ .

**Заключение**

Внедрение современных перинатальных технологий выхаживания недоношенных способствовало уменьшению длительности и тяжести течения заболеваний. Так, в частности, включение в комплексную терапию респираторного дистресс-синдрома кофеина цитрата позволило улучшить дыхательную и мочевыделительную функции у глубоко недоношенных новорожденных, что в целом положительно сказалось на отдаленных результатах выхаживания недоношенных.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

## **ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛИЗАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКА С СОЧЕТАННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ ЦНС: SPINA BIFIDA И СИНДРОМ АРНОЛЬДА-КИАРИ 2 ТИПА**

Карташев В.Ю., Димитрюк И.А., Ульзутуева Т.В.

ГБУЗ «Камчатский краевой родильный дом»

г. Петропавловск-Камчатский

### **Цель**

Описать тактику стабилизации и интенсивной терапии ребенка с сочетанным пороком развития ЦНС в условиях ЛПУ 2 уровня

### **Материалы и методы**

Учитывая отсутствие в регионе проживания матери ЛПУ 3 уровня и ее отказ от госпитализации в стационар, оказывающий нейрохирургическую помощь новорожденным за пределами региона, родоразрешение и оказание помощи ребенку проводилось в нескольких ЛПУ по месту рождения ребенка

### **Результаты**

Девочка родилась 15.08.2025 от 2 беременности, 2 преждевременных оперативных родов на сроке 33 недели 1 день, 1 из двойни. На учете с 10 недель. Беременность протекала на фоне болезни Грейвса, ОАП, пролапса митрального клапана 1 степени, хр. анемии средней тяжести, бронхиальной астмы, инфекции мочевыводящих путей, нейросенсорной тугоухости 2-3 степени. Околоплодные воды зеленые. Бихориальная биамниотическая двойня. Вес при рождении 1880 граммов, длина тела 40 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенок имеет в крестцовой области дефект позвоночника с визуализацией оболочек спинного мозга 6х5 см. После стабилизации состояния ребенка, заключающейся в проведении респираторной терапии методом СРАР через лицевую маску с Flow 13 л/минуту, РЕЕР 7 см вод.ст., FiO2 21% в течение 15 минут, профилактики гипотермии, на область дефекта наложена асептическая повязка. Курорсиф не получал. Через 15 минут ребенок переведен в ПИТ отделения новорожденных, где продолжена nCPAP аппаратом Fabian Acutronic с FiO2 25%, обеспечено мониторирование SpO2 и ЧСС. Начато парентеральное и энтеральное питание. Проведена коррекция гипогликемии струйным введением 10% раствора глюкозы в объеме 6 мл/кг с положительным эффектом. В связи с высоким риском реализации ВУИ назначена эмпирическая антибактериальная терапия - ампициллин-сульбактам и гентамицин, проведена профилактика апноэ недоношенных препаратом

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

кофеина цитрат 2% и геморрагической болезни препаратом канеовит 1%. Через 4 часа после рождения по согласованию между зав. отделением новорожденных родильного дома, главным внештатным специалистом-неонатологом и зав. ОАРИТ детской больницы, ребенок переведен в ОАРИТ. В ОАРИТ выполнена нейросонография и УЗИ поясничного отдела позвоночника: Субкомпенсированная гидроцефалия. Субатрофия паренхимы мозга. Смещение структур задней черепной ямки в большое затылочное отверстие. Гипоплазия, дисплазия мозжечка (ромбэнцефалосинапсис?). Вазоспазм. Спинальный дизрафизис, менингоградикулоцеле крестцового отдела позвоночника. Таким образом, подтверждена аномалия Арнольда-Киари 2 типа.

17.08.2025 ребенок транспортирован в нейрохирургическое отделение краевой больницы для проведения оперативного закрытия дефекта позвоночника, после чего выполнена обратная транспортировка в ОАРИТ детской больницы

**Заключение**

spina bifida и аномалия Арнольда-Киари – пороки с высоким процентом инвалидизацией пациентов. Оптимальным подходом является командная работа на всех этапах оказания медицинской помощи, начиная с родильного зала, заканчивая послеоперационным периодом и реабилитацией таких детей. Описанный случай позволил обнажить некоторые серьезные проблемы, связанные с оказанием помощи новорожденным в регионе, однако высокий профессионализм на каждом этапе в лечении пациента оказал положительное влияние на итоговый результат

## **РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА В УР. СНИЖЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

Максимов А.С., Хасанов А.Э., Копытов М.В., Сергеев Е.С., Фатыхов Д.Д., Закурдаев Р.А., Полякова М.В., Багаутдинов А.Л., Пупков П.В.

БУЗ УР «РДКБ МЗ УР»  
г. Ижевск

**Цель**

Определение целесообразности реорганизации региональной консультативной и эвакуационной структуры по оказанию помощи детям.

**Материалы и методы**

Вся деятельность, связанная с дистанционным консультированием и транспортировкой детей, оказалась в ведении одной структуры и под одним управлением, что

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

ликвидировало разногласия ответственности. Это позволяет налаживать взаимодействие с территориями региона, объективнее анализировать возможности в районных и межрайонных больницах.

**Результаты**

За 2024 год сотрудниками РКЦ проконсультировано 450 детей в возрасте до 18 лет. Показатель вырос с 2022 года в 2 раза и сохраняется. С привлечением специалистов через службу РЦЭМП проконсультировано более 50 детей. Основная роль выездной бригады РКЦ — оказание специализированной круглосуточной медицинской помощи детям, в том числе недоношенным, находящимся в стационарах 2-го уровня. Практически 90% находящихся на учёте детей, рождённых в родовспомогательных учреждениях 2-го уровня в критических состояниях, эвакуировались в стационары г. Ижевска в первые сутки жизни.

В регионе зоны ответственности были разделены между РКЦ — детское население с момента рождения до 18 лет, и Республиканским центром экстренной медицинской помощи (РЦЭМП, ранее — санитарная авиация) — взрослое население. В 2022 году возникла необходимость упорядочить выездную работу реанимационно-консультативных бригад и оптимизировать их управление. С этого времени оказание реанимационно-консультативной помощи передано в ведение Реанимационно-консультативного центра Республиканской детской клинической больницы. Практически параллельно с этим в РДКБ создан центр анестезиологии и реанимации, включивший в себя: ОРИТ, ОАР и РКЦ. Произошло обновление нормативной базы. Привлечены анестезиологи-реаниматологи в качестве внутренних совместителей. Это позволило обновить врачебный состав молодыми кадрами, усилить работу выездной бригады, не отрывая от рабочего места дежурных врачей отделений.

**Заключение**

Практика показала целесообразность перевода на 3-й уровень максимального количества пациентов в тяжёлом состоянии в короткие сроки. Необходимость разгрузки стационаров и их отделений интенсивной терапии, в том числе в роддомах 2-го уровня ввиду их дефицита кадрового и технического оснащения. В регионе младенческая смертность за 2022 год — 3,2%, 2023 г. — 2,3%, 2024 г. — 3,3%

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

## **ИНТЕГРАЦИЯ РАНГОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РИСКА МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРΟЖДЕННЫХ В ПРАКТИКЕ РЕАНИМАЦИОННЫХ БРИГАД РКЦ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Максимов А.С., Хасанов А.Э., Копытов М.В., Сергеев Е.С., Фатыхов Д.Д., Полякова М.В.,  
Закурдаев Р.А., Миниахметов В.Ф., Пупков П.В.

БУЗ УР «РДКБ МЗ УР»  
г. Ижевск

### **Цель**

Внедрение ранговой шкалы оценки риска транспортировки новорожденных с прогнозированием безопасного времени в пути, прогноза объема терапии, риска летального исхода.

### **Материалы и методы**

В исследование включены 250 выездов неонатальной бригады реанимационно-консультативного центра. Выполнена оценка по ранговой шкале риска транспортировки, предложенной в проекте клинических рекомендаций по оказанию реанимационной помощи детям, нуждающимся в межгоспитальной транспортировке. Сравнительный анализ с летальными исходами.

### **Результаты**

Выбор шкалы оценки обусловлен ее унифицированностью применения в условиях дефицита диагностических данных, таких как газов крови, биохимических показателей плазмы и т.д., и опирается только на физикальное исследование, респираторный статус, гемодинамику.

В исследование включено 250 новорожденных в возрасте от 1 до 7 суток. Срок гестации от 27 до 41 недели, масса тела от 720 г до 4480 г. Исследуемые разделены на группы согласно категориям риска транспортировки от II до V степени. Время транспортировки составляло: минимальное 15 минут, максимальное 2,5 часа. Все новорожденные транспортированы в условиях транспортного инкубатора с соблюдением параметров тепло- и влагозащиты согласно гестационному возрасту.

Была проанализирована частота летальных исходов в каждой группе риска. В категории с V ст. риска - 20% из имеющих высокие оценки степени риска летальности на этапе эвакуации; IV - 27,3%; III - 3.2%.

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

Высокие степени риска (IV и V): На эти две группы приходится 29.6% (74/250) от всей когорты, но 85.7% (18/21) всех летальных исходов. Суммарная летальность в этих группах составила 24.3% (18/74). Это указывает на применимость шкалы к идентификации пациентов критического состояния.

Низкие степени риска (I, II и III): Летальность в этих группах статистически значимо ниже ( $p < 0.001$  при сравнении групп 1-3 с группами 4-5). В группе с III степенью риска летальность остается на низком уровне (3.2%), а в группах 1 и 2 летальность равна нулю, что подтверждает способность шкалы верно идентифицировать стабильных пациентов.

Интересным наблюдением является то, что летальность в группе IV степени (27.3%) оказалась выше, чем в группе 5-й (20.0%). Это может требовать дополнительного анализа методологии оценки риска или факторов, влияющих на исход в этих группах.

Стоит отметить, что лишь один случай зафиксирован с досуточной летальностью (3 часа).

**Заключение**

Применяемая шкала оценки риска транспортировки новорожденных является клинически значимым инструментом. Она достоверно разделяет пациентов на группы с различной вероятностью летального исхода, что подтверждается статистически значимым градиентом летальности от низких к высоким степеням риска. Шкала выявляет контингент наибольшего риска, требуя к себе максимального внимания и ресурсов при транспортировке.

Отмечена удобность применения в условиях стационаров, роддомов 2-го уровня в регионе, где не всегда доступны лабораторные тесты, применимые в других шкалах.



## РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА С РАННЕЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ

Шамаилова Д.И., Невзоров О.Б., Маркова Е.В., Тоноян Л.А.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

г. Москва

### Цель

Цель исследования — создать комплексную модель для прогнозирования неблагоприятного перинатального исхода при беременности с ранней задержкой роста плода (ЗРП).

### Материалы и методы

Неблагоприятные исходы включают: перинатальную смертность, некротический энтероколит IIA стадии и выше, бронхолегочную дисплазию средней или тяжелой степени, кистозную перивентрикулярную лейкомаляцию, внутрижелудочковое кровоизлияние III степени и выше, сепсис. Выбор предикторов проводился на основе информационного критерия AIC.

### Результаты

Был проведен одномерный логистический регрессионный анализ для определения связи между каждой отдельной переменной и неблагоприятными перинатальными исходами, а результаты были представлены в виде коэффициентов шансов (OR) с 95% ДИ. Многомерный логистический регрессионный анализ был проведен для создания окончательной модели прогнозирования. В общей сложности 492 из 1237 беременностей с ЗРП (39,7%) имели неблагоприятный перинатальный исход. Разработанная модель включала прогностические переменные, определенные при поступлении в стационар, для мониторинга состояния плода: наличие у матери в анамнезе хронического заболевания почек или хронической гипертензии, никотиновой зависимости, предыдущей беременности, осложненной ЗРП, гестационный возраст на момент поступления, пол плода, наличие преэклампсии, гестационного сахарного диабета, оценивали вес плода, проценти́ли индекса пульсации в артериях пуповины и средней мозговой артерии, отсутствие или изменение конечно-диастолического кровотока в артерии пуповины и срок беременности на момент поста-



новки диагноза ЗРП. Для пульсационного индекса в пупочных артериях, средней мозговой артерии и цереброплацентного соотношения процентиля были рассчитаны для соответствующего гестационного возраста. После внутренней проверки и доработки модель показала хорошие результаты (площадь под кривой - 0,83 (95% ДИ 0,79-0,87); наклон калибровки – 1,05 (95% ДИ 0,94–1,17); калибровка в целом - 0,07 (95% ДИ от -0,06 до 0,20)). Анализ чувствительности внутренней и внешней перекрестной валидации выявил эквивалентные показатели эффективности модели.

### **Заключение**

Разработанная модель, включающая предикторы, продемонстрировала хорошую эффективность для прогнозирования благоприятных перинатальных исходов, на момент поступления в стационар и может служить полезным инструментом для принятия клинических решений при ранней манифестации задержки роста плода.



# Организация здравоохранения

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Виктор С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Демидова Р.Н.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр

«Мать и дитя»

г. Минск

### Цель

Определить факторы, ассоциированные с осложненным течением беременности у женщин с СД2.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 152 историй родов беременных женщин, поступивших для родоразрешения в сроке доношенного плода, из них 38 с СД2, 114 без нарушений углеводного обмена (группа сравнения). Статистически значимыми принимали различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты

При проведении сравнительного анализа были установлены анамнестические и клинические факторы, ассоциированные с СД2 во время беременности:

возраст 33,5 года и более (AUC 0,75 (95% ДИ 0,66–0,83, чувствительность (Se) 71,1%, специфичность (Sp) 67,5%) – ОШ 5,11 (95% ДИ 2,29–11,41),  $p < 0,001$ ;

ИМТ 28,9 кг/м<sup>2</sup> и более (AUC 0,96 (95% ДИ 0,93–0,99,  $p = 0,014$ , Se 92,1%, Sp 91,2%) – ОШ 121,33 (95% ДИ 31,58–466,11),  $p < 0,001$ ;

хроническая артериальная гипертензия – ОШ 13,09 (95% ДИ 4,61–37,2),  $p < 0,001$ ;

заболевания желудочно-кишечного тракта – ОШ 5,07 (95% ДИ 2,12–12,09),  $p < 0,001$ ;

миома матки – ОШ 4,17 (95% ДИ 1,54–11,24),  $p < 0,001$ ;

третьи и более предстоящие роды – ОШ 3,19 (95% ДИ 1,36–7,48),  $p = 0,006$ ;

наличие послеоперационного рубца матки – ОШ 4,3 (95% ДИ 1,84–10,04),  $p < 0,001$ .

Были определены акушерские и перинатальные осложнения у женщин с СД2:

аномалии количества околоплодных вод – ОШ 8,64 (95% ДИ 3,28–22,78),  $p < 0,001$ ;

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

фетоплацентарные нарушения – ОШ 2,3 (95% ДИ 1,01–5,23),  $p=0,043$ ;  
фетальная макросомия – ОШ 5,19 (95% ДИ 2,21–12,19),  $p<0,001$ ;  
крупновесный к сроку гестации новорожденный – ОШ 5,19 (95% ДИ 2,37–11,37),  $p<0,001$ ;

непропорционально развитый новорожденный (масса-ростовой индекс (МРИ), рассчитанный с использованием онлайн калькулятора INTERGROWTH-21st, более 90 центиля относительно срока гестации и пола новорожденного) – ОШ 14,22 (95% ДИ 4,70–43,04),  $p<0,001$ .

На формирование избыточного роста плода оказывала влияние компенсация СД2 во II–III триместрах беременности. При уровне гликированного гемоглобина менее 6,5% антропометрические показатели новорожденных были статистически значимо ниже чем у новорожденных от матерей с некомпенсированным СД2: масса тела в среднем на 660 г меньше (3360 (2900–3900) г против 4020 (3530–4330) г,  $p=0,021$ ), длина тела на 3 см меньше (51 (50–54) см против 54 (53–56) см,  $p=0,007$ ), МРИ на 27,8 центилей меньше (66,5 (26,4–85,4) против 94,3 (78,0–99,1) центилей,  $p=0,031$ ).

**Заключение**

Таким образом, беременные с СД2 представляют группу высокого риска осложненного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов. Выявление ключевых ассоциированных факторов (особенно ожирения и хронической артериальной гипертензии) и строгий контроль гликемии во второй половине беременности являются основой для разработки эффективных профилактических мероприятий и индивидуального ведения данной категории пациенток.

## **ПРО ЗАБОТУ: ЦИФРОВЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ**

Голубева Марина Юрьевна

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

**Цель**

Проанализировать возможности цифрового и психологического сопровождения женщин в системе профилактических мероприятий.

**Материалы и методы**

Исследование включало клинические наблюдения в НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, где средний медперсонал оказывал психоэмоциональную поддержку женщинам,

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

и апробацию Telegram-бота «PRO Грудь» (авторская разработка) среди 300 женщин фитнес-студии Московской области; также бот представлен в проекте «Женщины за здоровое общество» Фонда Росконгресс.

**Результаты**

Клинические наблюдения в НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова показали, что своевременная психоэмоциональная поддержка со стороны среднего медперсонала снижает уровень тревожности у женщин и тем самым уменьшает влияние стресс-ассоциированных факторов риска. Этот опыт обозначил необходимость поиска дополнительных профилактических инструментов для просвещения более широкой аудитории.

Одним из таких решений стал авторский Telegram-бот «PRO Грудь» (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2025684942), в котором отдельное внимание уделено вопросам управления стрессом, техникам самообследования и формированию навыков самозаботы как мерам профилактики заболеваний молочных желез. Его апробация, с анкетированием «до» и «после», среди 300 женщин фитнес-студии Московской области, выявила дефицит знаний даже в ориентированной на ЗОЖ группе. Регулярно выполняли самообследование молочных желёз лишь единицы; большинство ограничивались эпизодическими попытками или вовсе не владели техникой. После использования ресурса участницы демонстрировали лучшее понимание настораживающих признаков и маршрутизации при их выявлении.

Особый интерес вызвали: выбор физиологически правильного белья, приёмы лимфатического дренажа и мягкого массажа, дыхательные практики и рацион с антиоксидантным профилем. Существенным результатом стало повышение осведомлённости о профилактическом потенциале грамотного грудного вскармливания как фактора долгосрочного здоровья матери. Была отмечена ценность информации о сроках диспансеризации и необходимости скрининга по возрастным группам.

В оценке форм профилактического информирования наибольшую поддержку получило индивидуальное консультирование акушерки как специалиста, сопровождающего женщину в превентивных мероприятиях; на втором месте - доступ через QR-код в зонах ожидания и регистратуры. Традиционные листовки и стенды оказались наименее востребованными.

После пилотной апробации цифровой ресурс Telegram-бот «PRO Грудь» был представлен на федеральной площадке проекта «Женщины за здоровое общество» Совета Евразийского женского форума и Фонда Росконгресс, официально признанного информационным партнёром, что обеспечило внешнюю валидизацию и охват более 3 000 женщин в рассылке ко Всемирному дню борьбы с раком молочной железы.

**Заключение**

Психоэмоциональная поддержка среднего медперсонала и цифровые решения демонстрируют взаимодополняемость в профилактической деятельности. В рамках



федерального проекта «Охрана материнства и детства» (2025-2030г.) нац.проекта «Семья» особое значение приобретает их интеграция как доступных и адресных форм сопровождения женщин. Опыт внедрения бота в партнёрстве с проектом «Женщины за здоровое общество» подтвердил востребованность цифрового формата и ценность в сочетании с «живым» консультированием. Такой подход формирует основу модели охраны женского здоровья.

## ПРОЛАКТИН–КАТЕПСИНОВЫЙ КАСКАД: КЛЮЧ К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Камилова Н.М.<sup>1</sup>, Мирзоева Х.М.<sup>2</sup>, Ибрагимова Ж.С.<sup>3</sup>

1.Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства-гинекологии

2.Азербайджанский Медицинский Университет,кафедра Внутренних болезней III,

ГКБ № 1 г. Баку

г. Баку

### Цель

Оценить динамику пролактина и катепсина D у беременных в гестации и раннем послеродье и связь пролактин–катепсинового каскада с пППКМ с учётом функции сердца и факторов риска.

### Материалы и методы

Проведено проспективное когортное исследование 60 беременных, разделённых на три группы по срокам гестации и контроль. Определяли уровни катепсина D (ELISA), пролактина, NT-proBNP, СРБ и ИЛ-6, оценивали ФВ ЛЖ и клинические проявления. Статистика – t-критерий, U-критерий, корреляции Спирмена/Пирсона.

### Результаты

Частота подтверждённой перипартальной кардиомиопатии (ППКМ) составила 6,7 % (4 случая), все – в III триместре и раннем послеродовом периоде. В I и II группах клинические проявления в основном соответствовали физиологическому гестационному ремоделированию и транзиторной сердечной недостаточности II ФК по NYHA, тогда как в III группе преобладали выраженные признаки сердечной недостаточности III ФК, включая одышку в покое, ортопноэ, отёчный синдром и увеличение печени ( $p < 0,001$  при межгрупповом сравнении).

Концентрация катепсина D увеличивалась прогрессивно: I триместр –  $17,8 \pm 3,4$  нг/мл, II –  $21,2 \pm 3,7$  нг/мл, III –  $24,6 \pm 4,1$  нг/мл, что достоверно превышало показатели



контроля ( $12,1 \pm 2,9$  нг/мл;  $p < 0,001$ ). Пролактин в послеродовом периоде был максимальным в III группе ( $3470 \pm 512$  мМЕ/л) и отрицательно коррелировал с ФВ ЛЖ ( $r = -0,61$ ;  $p < 0,01$ ), подтверждая его роль в снижении сократимости миокарда.

В III группе выявлена наиболее выраженная взаимосвязь между катепсином D и пролактином ( $r = 0,631$ ;  $p < 0,01$ ), что согласуется с гипотезой о патогенной фрагментации пролактина до 16-кДа формы под действием катепсина D, обладающей ангиостатическими и проапоптотическими свойствами. Уровни СРБ и ИЛ-6 также возрастали по мере прогрессирования беременности, достигая максимума в III группе ( $p < 0,01$ ), что подтверждает участие воспалительного компонента.

Таким образом, наибольшие изменения биомаркеров и клинического статуса приходятся на поздние сроки беременности и ранний послеродовый период.

### Заключение

ППКМ характеризуется сочетанием гормональных, протеолитических и воспалительных механизмов. Поступательный рост катепсина D и пролактина, их взаимосвязь и отрицательная корреляция пролактина с ФВ ЛЖ подтверждают ключевую роль пролактин–катепсинового каскада в развитии ППКМ. Мониторинг этих биомаркеров в III триместре и раннем послеродовом периоде может способствовать ранней диагностике и выбору таргетной терапии.

## ВОЗРАСТ-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ МОНИТОРИНГА СТРЕССА У ЖЕНЩИН

Камилова Нигяр Мир-Наги, Гулиева Ламия Адиширин

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра акушерства-гинекологии  
г. Баку

### Цель

Оценить возрастные особенности стресс-реакций у женщин и обосновать дифференцированные алгоритмы мониторинга и профилактики стресс-ассоциированных нарушений.

### Материалы и методы

В исследование включены женщины с наличием хронического стресса, и/или осложнённым акушерско-гинекологическим анамнезом (18–35, 36–54, 55+ лет).

Оценивались изменения нейромедиаторов (кортизол, серотонин, дофамин, норадреналин, гистамин) и психо-эмоционального состояния (SF-36, PSS-10, PHQ-9, GAD-7).

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание****Результаты**

Полученные данные выявили выраженные возрастные различия стресс-реакций, определяемые гормональным фоном и адаптационными резервами.

У женщин 18–35 лет стресс сопровождался повышением кортизола и норадреналина, снижением серотонина и дофамина, что проявлялось тревожностью, нарушением сна, эмоциональной лабильностью и вегетативной нестабильностью. Характерна недооценка психоэмоциональных факторов и позднее обращение за помощью. У части пациенток регистрировались стресс-индуцированные нарушения менструального цикла и овуляции.

В возрасте 36–54 лет на фоне постепенного снижения уровня эстрогенов отмечались более глубокие нарушения нейромедиаторного баланса: падение серотонинергической и дофаминергической активности при относительном усилении норадренергического и гистаминового влияния. Это сопровождалось депрессивными состояниями, раздражительностью, снижением либидо, соматоформными жалобами (головные боли, тахикардия, диссомнии). Уровень стрессоустойчивости снижался, формировалась хроническая усталость и эмоциональное выгорание.

В постменопаузе (55+) дефицит эстрогенов и прогестерона приводил к стойким нейроэндокринным изменениям, усугубляемым соматической отягощённостью. Отмечались когнитивные нарушения, апатия, тревожность, нарушения сна, снижение социальной активности и поддерживающих связей. Стресс в этом возрасте носил кумулятивный характер, усиливая изоляцию и ухудшая качество жизни.

Анализ показал, что использование универсальных диагностических схем недостаточно эффективно, так как не отражает возрастные нейрогормональные особенности. Эффективное наблюдение должно включать комбинированный подход: нейромедиаторный профиль, психоэмоциональный скрининг, оценку репродуктивного или менопаузального статуса, мониторинг соматических и нутритивных нарушений (анемия, дефицит витамина D, остеопения/остеопороз).

Таким образом, стрессовые расстройства у женщин имеют выраженную возрастную специфику, что требует персонализированных алгоритмов профилактики и коррекции.

**Заключение**

Стрессовые реакции у женщин существенно различаются в зависимости от возраста, гормонального фона и адаптационного потенциала. Унифицированные схемы наблюдения недостаточны. Возраст-дифференцированный алгоритм, включающий психоэмоциональный скрининг, оценку нейромедиаторов и соматического состояния, повышает эффективность раннего выявления стресс-ассоциированных нарушений и позволяет сохранять репродуктивное, психическое и когнитивное здоровье.



## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Бойдак М.П.<sup>1,2</sup>, Свирская О.Я.<sup>2</sup>, Можаяева А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

г. Минск, Беларусь

### **Цель**

Оценка приверженности матерей к грудному вскармливанию (ГВ) недоношенных детей для выявления актуальных проблем и особенностей, повышения эффективности поддержки ГВ.

### **Материалы и методы**

Сбор данных проводился путем анкетирования 51 матери, чьи недоношенные дети (22–32 недели гестации, одноплодная, спонтанная беременность) получали лечение в отделении анестезиологии, реанимации (с палатами для новорожденных детей) РНПЦ «Мать и дитя», а также анализа соответствующей медицинской документации.

### **Результаты**

Для углубленного анализа факторов, влияющих на приверженность к ГВ у матерей недоношенных детей, когорта была стратифицирована на две группы по сроку гестации: до 28 недель (Группа 1, Гр1) и 28 недель и более (Группа 2, Гр2). Результаты опроса продемонстрировали высокую приверженность матерей к ГВ, составившую 80,4%, что является весьма обнадеживающим показателем и подтверждает общую осведомленность и готовность матерей следовать рекомендациям по кормлению. Среди тех, кто планирует кормить грудью, значительная часть – 25 матерей (49,0% от общего числа респондентов) – намерены продолжать ГВ до шестимесячного возраста ребенка. При этом 21 мать (41,2% от общего числа опрошенных) высказала намерение кормить грудью еще дольше – до достижения ребенком 12 месяцев. При детализированном сравнении двух групп выявлены статистически значимые различия. В Гр1 процент тех, кто умел сцеживать молоко, был значительно выше – 96,8% по сравнению с 80,0% в Гр2 ( $p=0,049$ ), указывает на потенциально более интенсивную поддержку со стороны медицинского персонала, направленную на матерей наиболее уязвимых детей. Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении планов матерей по длительному ГВ. В Гр1 значительно больше матерей выразили намерение продолжать ГВ до года (80,8% против 52,6% в Гр2,  $p=0,045$ ). Это различие подчеркивает, что начальный уровень уязвимости ребенка и соответствующая интенсив-

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

ность поддержки медицинским персоналом могут формировать более сильную и долгосрочную мотивацию у матерей. Более глубокое вовлечение и интенсивное консультирование, вероятно, способствует формированию устойчивого убеждения в необходимости продолжительного ГВ. Выявленные данные акцентируют внимание на важности целенаправленной и пролонгированной поддержки со стороны медицинского персонала матерей всех категорий недоношенных пациентов отделений реанимации новорожденных. Особенно это актуально для группы матерей, чьи дети родились на более поздних сроках гестации (28 недель и более), где показатели приверженности к длительному ГВ и навыки сцеживания оказались ниже.

**Заключение**

Исследование подтверждает важную роль сотрудников отделений реанимации новорожденных в поддержке ГВ. Успешное обучение матерей навыкам сцеживания (90,2% в целом) свидетельствует об эффективной работе медперсонала. Особенно выраженная и результативная поддержка отмечается у матерей глубоко недоношенных детей, где навык сцеживания выше (96,8%), как и намерение продолжать ГВ до года (80,8%), что подчеркивает способность и важность целенаправленной помощи медицинского персонала самым уязвимым категориям пациентов.



# Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

## ДИАГНОСТИКА НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ОРИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Авраменко В.Ю., Васюкова Д.Л., Гребенникова О.В., Дегтярева М.Г.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет),  
ГБУЗ г. Москвы ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ  
г. Москва

### Цель

Обосновать необходимость включения нейрофизиологических методов в обследование пациентов, получающих лечение в условиях ОРИТ в неонатальном периоде.

### Материалы и методы

Медицинская документация и записи ЭЭГ-мониторинга недоношенной девочки с диагнозом: Мальротация кишечника (синдром Ледда), выведение тонкокишечной стомы; закрытие стомы; релапаротомия, адгезиолизис. ГИП ЦНС. Неонатальные судороги (эпилептический статус). Недоношенность 31 нед. ОНМТ при рождении.

### Результаты

Девочка от женщины с неотягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезами; от 2 беременности, протекавшей без особенностей. Роды 2-е, преждевременные - 31 нед. гестации. Состояние при рождении тяжелое, ОНМТ (1100 г), оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Течение постнатальной адаптации осложненное. Перенесла некротизирующий энтероколит, неоднократно проводилось оперативное лечение.

Поступила в хирургическое отделение ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с подозрением на частичную кишечную непроходимость. Выполнена операция, выявлен синдром Ледда.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

В связи с появлением мультифокальных клонических судорог в левых руке и ноге, лицевой мускулатуре назначена комбинированная противосудорожная терапия (ПСТ) – Диазепам 0,4 мг/кг (в/в), Фенобарбитал 20 мг/кг (нагрузочная доза per os, затем переход на поддерживающую дозу (ПД) 5 мг/кг/сут). Клинически судороги купированы, в комплексный мониторинг состояния ребенка включена амплитудно-интегрированная ЭЭГ (аЭЭГ).

Несмотря на проводимое лечение и отсутствие клинических событий, по данным аЭЭГ был зарегистрирован судорожный статус. Проведена коррекция ПСТ - добавлены Мидазолам 0,15 мг/кг (в/в), Леветирацетам 40 мг/кг/сут (в/в), без эффекта (сохранение эпилептического статуса по результатам аЭЭГ). Терапия усилена препаратом второй линии – Лидокаин (2 мг/кг в/в болюсно с переходом на ПД 6 мг/кг/час). По данным аЭЭГ эпилептический статус купирован.

Наличие у ребенка неонатальных судорог (НС), рефрактерных к стандартной ПСТ, явилось показанием для проведения углубленного обследования с помощью многоканального видео-ЭЭГ-мониторинга (ВЭЭГМ). К моменту его проведения по данным аЭЭГ судороги не регистрировались. Однако на ВЭЭГМ зарегистрирован электрический приступ в течение 20 сек, без клинических проявлений, что стало основанием для дальнейшей коррекции тактики ПСТ.

**Заключение**

Включение нейрофизиологических методов в протокол обследования коморбидных пациентов в условиях ОРИТ позволяет объективно диагностировать неонатальные судороги и оценить эффективность противосудорожной терапии.

Купирование клинических проявлений не исключает сохранения электрических приступов, что требует как продолжения аЭЭГ на фоне введения противосудорожных препаратов, так и последующего назначения углубленного обследования с помощью многоканального видео-ЭЭГ-мониторинга.



## ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ СУДОРОЖНОЙ И НЕСУДОРОЖНОЙ ПРИРОДЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ФАКТОРА

Авраменко В.Ю., Гребенникова О.В., Дегтярева М.Г.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)  
г. Москва

### Цель

Определить точность клинической диагностики неонатальных судорог (НС) и пароксизмальных неэпилептических событий и оценить согласованность между специалистами.

### Материалы и методы

В рамках практических занятий на кафедре неонатологии ИНОПР РНИМУ им. Н.И. Пирогова врачам было предложено оценить 10 видеороликов с различными клиническими событиями и заполнить анонимный опросник. Статистический анализ проведен в пакете программ «Statistica 8.0» с применением  $\chi^2$  Пирсона ( $p < 0.05$ ); оценка согласия - с расчетом каппы Флейсса.

### Результаты

В опросе приняли участие 58 врачей, которым были продемонстрированы 10 видеозаписей новорожденных детей с клиническими событиями судорожного (клонические, офтальмические, последовательные судороги, behavioral arrest) и несудорожного (доброкачественный миоклонус сна, тремор, гиперэкплексия) генеза. Во всех случаях для объективной диагностики было проведено ЭЭГ-обследование, позволявшее точно судить о наличии или отсутствии ЭЭГ-коррелята параллельно с клиническими событиями. Семиотику приступов НС описывали в соответствии с классификацией Международной противосудорожной лиги 2021 года. После просмотра видео участники заполнили форму с одиночным выбором ответа (варианты ответа: «судороги», «точно не судороги», «затрудняюсь ответить»).

Для дополнительного анализа результатов опроса специалисты были разделены на 2 группы. Группа 1 ( $n=37$ ): неонатологи, анестезиологи-реаниматологи, педиатры. Группа 2 ( $n=21$ ): неврологи, врачи функциональной диагностики.

Чаще всего диагноз «судороги» был заподозрен в случае клонических и последовательных НС (83% и 86% всех опрошенных). При этом в отношении клонических судорог согласованность между группами 1 и 2 была наибольшей (различия стати-



стически не значимы;  $\chi^2$  Пирсона=0,202;  $p=0.654$ ). В случае последовательных судорог диагноз точнее предположили специалисты группы 2 (100% против 78% врачей группы 1).

Реже всего диагноз «судороги» был заподозрен в случае приступов типа behavior arrest (12% всех опрошенных).

Феномены несудорожного генеза (миоклонус сна, тремор, гиперэкплексия) трактовались как судороги в 17%, 36% и 21% всех опрошенных, соответственно. При этом специалисты группы 2 статистически значимо чаще верно диагностировали тремор и заявляли о его несудорожной природе ( $\chi^2$  Пирсона=4,196;  $p=0.041$ ).

Только 1 врач из 58 верно охарактеризовал 9 видео, 5 врачей – 8 из 10. В среднем респонденты давали точные ответы в 5 случаях. 3 врача правильно трактовали всего 2 записи.

По всем 10 клиническим случаям отмечалась низкая согласованность ответов специалистов между собой (для ответа «судороги» каппа Флейсса составила 0,337; «точно не судороги» – 0,237).

Правильность определения природы феноменов также имела низкую согласованность – каппа Флейсса в отношении судорог составила 0,373; несудорожных событий – 0,225.

### Заключение

Своевременная корректная диагностика неонатальных судорог (НС) необходима, поскольку НС имеют самостоятельное значение в оценке тяжести поражения ЦНС и прогнозе исходов. Клиническая оценка пароксизмальных событий у новорожденных детей имеет низкую согласованность между специалистами в связи с разнообразием двигательных феноменов, что диктует необходимость обязательного проведения ЭЭГ-обследования для верификации диагноза НС в соответствии с рекомендациями Международной противоэпилептической лиги (2021).

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОКУСНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Борисова Д.Л., Рохлина А.А., Юдина Д.А.  
ФГБОУ ВО ЧГМА МИНЗДРАВА РОССИИ  
г. Чита

### Цель

оценить эффективность внедрения ф-ЭхоКГ в условиях ОРИТ у новорожденных разных сроков гестации, реализовавших шок различного генеза.



### Материалы и методы

Исследование проведено в ОРИТН ГБУЗЗКПЦ01.2023-12.2024г. На основе данных ф097/у оценены клиничко-anamnesticheskie, диагностические данные н/р. В 2023г в ОРИТН поступило 321 н/р, реализовали шокп=24-1 группа наблюдения. В 2024г поступило на лечение 342 н/р, шок диагностирован у 15 н/р-2 группа. Выбор ВИТ определялся по результатам ф-ЭхоКГ.

### Результаты

В обеих группах наблюдения преобладали недоношенные младенцы (в 1 гр. – 100%, во 2 гр – 73%), доношенные дети выявлены во 2 гр 27% ( $\chi^2 7,13$   $p=0,007$ ). В обеих группах преобладали мальчики, 58% и 73% соответственно, без значимой разницы ( $\chi^2 0,9$   $p=0,94$ ). Медиана массы тела в 1 гр составила 945 грамм [480-3740], во 2 гр - 1900 грамм [680-3980]. Внутриутробный период отягощен хронической урогенитальной инфекцией у 17 детей из 24 в 1 гр (70,1%), и у 12 из 15 (80%) во 2 гр ( $p=0,674$ ). Хроническая гипоксия диагностирована в 1 гр с частотой 37,5%, во 2 - 20% ( $p=0,258$ ). Рождения в состоянии тяжелой асфиксии у 45% новорожденный 1 группы и 16% 2 группы, умеренная асфиксия диагностирована у 41% детей 1 гр, против 40% во 2 гр, не имело значимых различий. Основным диагнозом у младенцев обеих групп являлся сепсис: 95% в 1 группе, 66% - во 2 группе. Внутрижелудочковое кровоизлияние 3 степени у 8% 1 гр, у 6% 2 гр, постасфиксическая полиорганная недостаточность в 1 гр у 20%, 26% во 2 гр, то есть не имели значимой разницы ( $\chi^2 0,24$   $p=0,62$ ). Генез шока в группах сравнения значимо отличался. В 1 группе 96% диагностирован дистрибутивный шок, у 4% кардиогенный, во 2 гр - дистрибутивный составлялся у 60%, кардиогенный - 20% и гиповолемический 20% ( $\chi^2 8,05$   $p=0,004$ ). Сроки развития шока идентичны: в 1 гр у 20 из 24 детей в 1е сутки, у 1- старше 3 суток, во 2 группе у 11 из 15 детей (74%) с рождения, у 26 % старше 3 суток ( $\chi^2 0,57$   $p=0,45$ ). При терапии шока рассчитан ИИП в 1 группе  $Me 103 [40,5-159,5]$ , во 2 гр – 29 [17-87] ( $U$  test  $p=0,031$ ).

Летальность в 1 группе составила 19 из 24 (79%), во 2 группе умерло 7 из 15 (47%), что значимо меньше ( $\chi^2 4,39$   $p=0,037$ ).

### Заключение

Введение ф-ЭхоКГ в практику диагностики патофизиологии шока уменьшает ИИП. Применение ф-ЭхоКГ приводит к уменьшению летальности.



## ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ: ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ И СРЕДНЕГО ОБЪЕМА ТРОМБОЦИТОВ

Лаврик М.В., Неродик У.В. Ермошина Н.Г., Захарова Н.И., Феоктистова Е.А.  
ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф.Горячева  
г. Ульяновск

### Цель

Оценить диагностическую ценность показателей коагулограммы (АЧТВ, МНО) и среднего объема тромбоцитов (MPV) у новорожденных с сепсисом.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 13 случаев неонатального сепсиса у новорожденных с массой тела 600-1500 г. Диагноз подтверждался клинически и повышением маркеров воспаления (СРБ, прокальцитонин > 10 нг/мл). Всем пациентам исследовали коагулограмму (АЧТВ, МНО) и определяли MPV в общем анализе крови.

### Результаты

Летальность составила 61,5% (8 из 13 пациентов). Выявлены значительные нарушения гемостаза.

Показатели АЧТВ были резко удлинены (диапазон от 35,1 до 142,1 с), у 2 пациентов зафиксировано отсутствие коагуляции. Большинство значений превышало 80 с.

Показатели МНО были достоверно повышены (диапазон 0,82–2,37) с тенденцией к стабильному росту, часто превышая 1,5.

Дополнительный анализ когорты из 54 новорожденных с геморрагическим синдромом показал, что у 44 из них (81,5%) значение MPV было стабильно повышено >12,0 фл. В этой группе ДВС-синдром был диагностирован у 22 пациентов (50% от числа детей с повышенным MPV). Критически важно, что повышение MPV в большинстве случаев предшествовало манифестации клинических симптомов.

В основной группе нашего исследования (новорожденные с сепсисом, n=13) повышенный MPV был зафиксирован у 10 пациентов (76,9%), что подтверждает его высокую прогностическую значимость в развитии коагулопатий.

### Заключение

У новорожденных с сепсисом выявляется комплекс нарушений гемостаза: патологическое удлинение АЧТВ, повышение МНО и увеличение MPV. Показатель MPV >

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

12,0 фл является высокочувствительным ранним предиктором развития геморрагического синдрома и ДВС-синдрома, часто опережая клинические проявления. Сочетанный динамический мониторинг АЧТВ, МНО и MPV должен быть включен в алгоритм ведения новорожденных с сепсисом для своевременной диагностики и коррекции коагулопатий

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВорожденных ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА МЕНЕЕ 33 НЕДЕЛЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА**

Лёнюшкина А.А., Крог-Йенсен О.А., Савельева Е.И., Пупышева А.Ф., Никитина И.В., Припутневич Т.В., Гончарук О.Д., Зубков В.В.

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

### **Цель**

Оценка добавленной прогностической значимости динамики фекального кальпротектина (Ср) на первой неделе жизни в отношении реализации НЭК в возрасте  $\geq 7$  сутки жизни (с/ж).

### **Материалы и методы**

Включены дети гестационного возраста  $< 33$  недель и/или массой тела  $\leq 1500$  г. Исследовали динамику уровня Ср на 7 с/ж по сравнению с 3 ( $\Delta$ Ср).  $\Delta$ Ср  $> 137,5$   $\mu\text{g/g}$  считали прогностически положительной. В течение первой недели жизни оценивались анамнестические и клинические данные, характер вскармливания, результаты УЗИ органов брюшной полости.

### **Результаты**

В исследование было включено 100 детей, среди которых у 6 (6%) развился НЭК в возрасте  $\geq 7$  с/ж.

В ходе однофакторного регрессионного анализа наиболее значимыми факторами реализации НЭК оказались ( $p < 0,05$ ): 1) из анамнестических данных - ГСД (ОШ 7,33,

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

$p=0,039$ , ДИ 1,11-48,451), масса тела при рождении (ОШ 0,995,  $p=0,011$ , ДИ 0,992-0,999), ГВ (ОШ 0,745,  $p=0,038$ , ДИ 0,564-0,984), 2) из клинических – окрашивание желудочного аспирата темной желчью в течение 48 часов и более (ОШ 14,667,  $p=0,003$ , ДИ 2,421-88,848), болезненность живота (ОШ 12,429,  $p=0,005$ , ДИ 2,104-73,400), отсутствие перистальтики (ОШ 34,875,  $p=0,003$ , ДИ 3,242-375,163), 3) один из ультразвуковых признаков (нарушение дифференцировки кишечной стенки, утолщение/истончение кишечной стенки, отек стенки желчного пузыря, отек ложа желчного пузыря, газ в системе v.portae, отсутствие перистальтики; ОШ 11,25,  $p=0,016$ , ДИ 1,568-80,736).

На основании показателя максимальной правдоподобности построены 2 прогностические модели - «Модель I» (только совокупность факторов 1-3) и «Модель II» (факторы 1-3 +  $\Delta\text{Ср}$ ). В «Модель I» вошли: наличие ГСД, наличие  $\geq 1$  симптомов со стороны ЖКТ; наличие  $\geq 1$  УЗ признаков. «Модель II» включала все признаки модели I и дополнительно - наличие положительного  $\Delta\text{Ср}$ . Обе модели были статистически значимыми. Сравнение моделей показало более информативный показатель максимального правдоподобия и более высокую дискриминационную способность модели, включающей  $\Delta\text{Ср}$  (AUC=0,94, Se 100%, Sp 77,7%  $p<0,001$  vs AUC=0,844, Se 83,3%, Sp 80,9%  $p=0,005$ ). «Модель II» vs «Модель I» позволяет прогнозировать высокую вероятность НЭК у 6/6 пациентов vs 5/6. Таким образом, у 1 из 6 пациентов исследования НЭК был предсказан только при сочетании с  $\Delta\text{Ср}$ .

**Заключение**

Оценка  $\Delta\text{Ср}$  на первой неделе жизни повышает предиктивную ценность совокупности анамнестических, клинических и инструментальных данных в отношении реализации тяжелых стадий НЭК ( $\geq 2a$ ). Включение измерения  $\Delta\text{Ср}$  в комплекс обследования пациентов высокого риска НЭК на первой неделе жизни способствует более точному прогнозированию, что может быть использовано при определении тактики ведения пациентов данной категории и предотвращения инвалидизирующих осложнений.



## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КРАЙНЕ НЕЗРЕЛЫХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Бойдак М.П.<sup>1,2</sup>, Иванова Е.В.<sup>2</sup>

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

### Цель

Оценить особенности кровообращения в первые 24 часа жизни у недоношенных детей от матерей с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО).

### Материалы и методы

В исследование включено 57 недоношенных новорожденных с экстремально и очень низкой массой тела, получавших лечение в ОИТР РНПЦ «Мать и дитя». Трансторакальная эхокардиография выполнялась в первые 24 часа с помощью ультразвуковой установки экспертного класса Mindray DC80 и портативного ультразвукового аппарата Vinno 6.

### Результаты

Масса тела недоношенных детей при рождении составила 900 (790–1100) г, минимум 500 г, максимум 1380 г, гестационный возраст – 27 (24–29) недель. Продолжительность безводного периода у матерей новорожденных была 72 (48–168) часа, возраст – 29 (26–34) лет. Критерии исключения: наличие диагностированных множественных врожденных пороков развития, многоплодная беременность. 31 пациент рожден у матерей, получивших антенатальную профилактику синдрома дыхательных расстройств (СДР) глюкокортикостероидами в полном объеме. ОАП был диагностирован у 38 недоношенных новорожденных, размер составил (1,7 (1,1–2,5) мм. Генерализованная тканевая гипоперфузия тканей с органной дисфункцией (комбинированный шок) была установлена у 9 пациентов. Выявлено статистически значимое снижение показателя систолической экскурсии фиброзного кольца трикуспидального клапана (TAPSE) у пациентов с шоком (2,9 (2,3–4,3) мм против 4,3 (3,7–5,1) мм без шока,  $U=117,0$ ,  $p=0,029$ ) и у пациентов с ОАП (4,0 (3,0–5,0) мм против 4,6 (4,0–5,5) мм,  $U=237,5$ ,  $p=0,036$ ), что свидетельствует о снижении сократительной функции миокарда правого желудочка у данных групп пациентов. У недоношенных новорожденных детей, рожденных матерями, получившими профилактику СДР в полном

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

объеме, установлено статистически значимое повышение систолической скорости движения фиброзного кольца трикуспидального клапана ( $S^*_{TK}$ ), измеряемое с помощью тканевой доплерографии ( $p=0,030$ ), что отражает повышение систолической функции правого желудочка. Установлена корреляционная зависимость соотношения максимальной скорости трансмитрального диастолического потока к максимальной скорости движения фиброзного кольца митрального клапана ( $E^*_{e'}$ ) и продолжительности безводного периода ( $p=0,043$ ), что может свидетельствовать о повышении вероятности диастолической дисфункции левого желудочка с увеличением длительности безводного периода.

**Заключение**

Длительность безводного периода и наличие антенатальной профилактики СДР, проведенной в полном объеме, оказывают непосредственное влияние на адаптацию и функцию сердечно-сосудистой системы (ССС) у крайне незрелых недоношенных новорожденных в первые сутки жизни. Дальнейшее изучение и своевременная диагностика дезадаптации ССС в первые сутки жизни у недоношенных новорожденных с наличием в анамнезе матерей ПРПО позволит спрогнозировать и разработать меры медицинской профилактики осложненного течения раннего неонатального периода.

## **ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОРИТН**

Рудакова А.А., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н., Ионов О.В.

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

**Цель**

Изучить эпидемиологию вторичной гипертрофии миокарда (ГМ) у глубоко недоношенных новорожденных и выявить факторы, ассоциированные с ее развитием.

**Материалы и методы**

В исследование вошли пациенты с гестационным возрастом менее 32 нед, находившиеся в ОРИТН (2017-2023 г): 32 ребенка с ГМ и 32 ребенка без ГМ. Всем детям проводилась Эхо-КГ, ГМ левого желудочка диагностировали при утолщении межжелудочковой перегородки более 2-х z-score по шкале Детройт.

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

**Результаты**

В обеих группах Ме гестационного возраста составила 28 нед, 81% недоношенных имели экстремально низкую массу тела, 19% - очень низкую массу тела. Возраст манифестации ГМ составил  $9,3 \pm 3,7$  суток. В группе пациентов с ГМ чаще, чем в группе без ГМ, отмечались такие осложнения, как ОПП, НЭК 2 стадии, ПВЛ, НК 2–3 степени и легочная гипертензия ( $p < 0,01$ ). У новорожденных с ГМ были больше продолжительность инвазивной респираторной терапии и пребывания в ОРИТН по сравнению с новорожденными без ГМ ( $p < 0,01$ ). Частота летальных исходов в группах не различалась (34% в группе с ГМ и 28% в группе без ГМ,  $p > 0,05$ ). У недоношенных детей с ГМ после рождения чаще встречались артериальная гипертензия, тахикардия и гипергликемия, отмечено, чаще проводились трансфузии компонентов крови, в том числе свежезамороженной плазмы, был больше объем и длительность инфузионной терапии 200 мл/кг в первую неделю жизни, выше дозы и длительность вазоактивной терапии, чаще встречались грибковые инфекции, чем у детей без ГМ ( $p < 0,05$ ). Статистически значимыми предикторами ГМ у недоношенных детей были: длительность артериальной гипертензии до ГМ более 29 часов (AUC = 0,832; 95% ДИ: 0,731–0,933,  $p < 0,001$ ), длительность тахикардии до ГМ более 15 часов (AUC = 0,757; 95% ДИ: 0,639–0,876,  $p < 0,001$ ), гипергликемия (ОШ = 7,7; 95% ДИ: 2,52 – 23,28,  $p = 0,002$ ), назначение вазопрессорной и инотропной терапии более 6 суток (AUC = 0,792; 95% ДИ: 0,680–0,903,  $p < 0,001$ ), длительность внутривенного объема инфузий более 200 мл/кг более 5 суток за первые две недели жизни (AUC = 0,769; 95% ДИ: 0,652–0,885,  $p < 0,001$ ). Пороговыми значениями дозы и длительности назначения вазоактивных препаратов для развития ГМ у недоношенных были: Допамин  $> 7$  мкг/кг/мин более 5 суток, Добутамин  $> 7$  мкг/кг/мин более 4 суток. Шансы развития ГМ у недоношенных детей были в 4 раз выше при развитии грибковой инфекции, в особенности при наличии фунгемии ( $p = 0,002$ ).

**Заключение**

Факторами риска развития ГМ после рождения у глубоко недоношенных новорожденных, находящихся в ОРИТН, являются: артериальная гипертензия, длительная тахикардия, избыточная инфузионная терапия  $> 200$  мл/кг/сут, частые трансфузии свежезамороженной плазмы, высокие дозы допамина и добутамина, инвазивный микоз и гипергликемия. Недоношенным новорожденным из группы риска следует проводить Эхо-КГ на 7-10 сутки жизни для диагностики и своевременного лечения ГМ.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание**

# Болезни новорожденных

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ВОЛЧАНКИ

Амирова В.Р., Идрисова Р.Г., Карманова М.С., Леонтьев А.О., Митусова А.С.

ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

г. Уфа

### Цель

описать клинический случай НВ с полной АВ блокадой у новорожденного 31 недели гестации.

### Материалы и методы

Наблюдение одного клинического случая новорожденной 31 недели гестации, включая анамнестические сведения, данные ЭКГ, холтеровского мониторирования, эхокардиографии и иммунологических тестов у матери и ребёнка. Проанализированы этапы интенсивной терапии, показания к имплантации электрокардиостимулятора и послеоперационное течение.

### Результаты

Ребёнок Р., девочка, родилась в 2024 г. в РКПЦ г. Уфы от матери 35 лет, считавшей себя здоровой. Беременность третья, осложнённая гестационным сахарным диабетом и анемией лёгкой степени. На сроке 31 неделя по данным ультразвукового исследования выставлен диагноз «Врожденный порок сердца: транспозиция магистральных сосудов? Брадикардия плода до 54 уд./мин.». Проведено экстренное кесарево сечение.

Масса ребенка при рождении – 1490 г, рост – 41 см, оценка по шкале Апгар 4/4/5 баллов. Состояние девочки в ОРИТН тяжёлое, отмечалась брадикардия - 64–68 уд./мин. При проведении ЭКГ и холтеровского ЭКГ-мониторирования выявлена полная АВ-блокада с частотой желудочковых сокращений 53–64 уд/мин, частота сокращения предсердий 133–157 в мин; удлинение скорректированного QT-интервала. По данным ЭхоКГ открытый артериальный проток 2,5 мм, межпредсердное сообщение 2,5 мм. Кардиологом выставлен диагноз «Врождённое нарушение ритма сердца – полная АВ-блокада», назначена инфузия допамина. В связи с наличием у ребенка врожден-

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

ной пневмонии проводилась респираторная поддержка, антибактериальная, посиндромная терапия.

Иммунологическое исследование выявило у матери высокий титр антител к SS-A (60 кДа) и SS-A (52 кДа), АНФ (1:5120), что указывало на латентно протекающее аутоиммунное заболевание. При тестировании на 6-е и 22-е сутки жизни у ребенка обнаружены аналогичные антитела, что подтвердило диагноз НВ.

По стабилизации состояния на 35-е сутки жизни ребенок переведен на второй этап выхаживания. На 61-й день жизни девочка осмотрена кардиохирургом, рекомендована имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) после достижения массы тела 3500 г. На 77-е сутки ребенок переведен в РКЦ г.Уфы. На 92-е сутки жизни выполнена операция — имплантация двухкамерного миокардиального ЭКС и перевязка ОАП. Послеоперационный период без осложнений. В возрасте 100 дней жизни у ребенка диагностировано ущемление паховой грыжи слева. Девочка в экстренном порядке переведена в хирургическое отделение Республиканской детской клинической больницы, где проведено оперативное вмешательство. Через 5 суток девочка в удовлетворительном состоянии выписана домой.

В возрасте 8 месяцев физическое и психомоторное развитие ребёнка соответствовало скорректированному возрасту. Ритм сердца стабильный, ЭКС функционирует.

**Заключение**

Представленный редкий случай благоприятного исхода полной АВ-блокады у глубококонедошенного новорожденного представляет большой практический интерес. В данном случае скрытое течение аутоиммунного заболевания и отсутствие должного наблюдения за женщиной во время беременности привело к тяжелой кардиальной патологии плода, однако скоординированные действия мультидисциплинарной команды позволили избежать инвалидизации и летального исхода у глубококонедошенного ребенка.



## АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Голованова Ю.Е., Константинова А.Ю., Ткач Е.В.,  
Абалканова А.О., Прокопчук С.Г.

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

### Цель

оценка факторов риска развития и тяжести течения бронхолегочной дисплазии (БЛД) у глубоко недоношенных за пятилетний период наблюдения.

### Материалы и методы

За период 2020-2025 гг в перинатальном центре под наблюдением находилось 98 недоношенных со сроком гестации 24-34 недели с БЛД (основная группа), 25 недоношенных меньше 32 недель без БЛД (группа контроля). Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0, расчета коэффициента корреляции Спирмена ( $r$ ).

### Результаты

За пятилетний период отмечалась тенденция к уменьшению количества новорожденных, родившихся преждевременно (с 8,1% до 5,5%) за счет недоношенных со сроком гестации 24-32 недели. Число случаев детей с БЛД также в динамике имело тенденцию к снижению (с 16-18% до 5%). Анализ течения БЛД у новорожденных в зависимости от степени тяжести показал, что максимальное количество БЛД с тяжелой степенью наблюдалась в 2021 г, с 2023 г снизилась до 0 ( $p < 0,001$ ). В тоже время количество случаев с легкой и средней степенью тяжести увеличилось ( $p < 0,05$ ), что можно связать с внедрением высоких технологий выхаживания глубоко недоношенных детей. У новорожденных с очень низкой и низкой массой при рождении имело место более легкое течение заболевания (легкой и средней степени тяжести). У недоношенных с экстремально низкой массой при рождении чаще отмечалось тяжелое затяжное течение БЛД в 2021-2022 гг. с отсутствием тяжелой степени в 2023-2025 гг. Корреляционный анализ факторов, влияющих на формирование и тяжесть БЛД, выявил прямую линейную зависимость наличия презклампсии ( $r=0,26$ ), хориоамнионита матери ( $r=0,18$ ), возраста матери ( $r=0,45$ ), использование назального СРАР ( $r=0,18$ ), аппаратной вентиляции ( $r=0,18$ ), проведения заместительной терапии Курсорурфом ( $r=0,9$ ), применение кофеина цитрата ( $r=0,61$ ), внутрижелудочковых

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября****2025 года****В начало****Содержание**

кровоизлияний 1-2 степени ( $r=0,25$ ), кратности гемотрансфузий ( $r=0,6$ ), функционирующего артериального протока ( $r=0,36$ ), развитие инфекционных легочных осложнений ( $r=0,21$ ), легочной гипертензии ( $r=0,18$ ).

**Заключение**

Использование современных технологий выхаживания недоношенных в перинатальном центре с включением антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома, щадящей респираторной поддержки, сурфактантной терапии, кофеина цитрата, нутритивной поддержки привело к значительному снижению случаев развития БЛД, а также к уменьшению тяжелых форм и преобладанию заболевания легкой и средней степени тяжести, что улучшило показатели качества жизни недоношенных и повлияло на дальнейший прогноз заболевания.

## **СИНДРОМ САНДИФЕРА. ИЛИ КАК ЛАРЧИК ПРОСТО ОТКРЫВАЛСЯ**

Коробкова Н.В., Лылова Н.Н.

ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева».  
г. Кемерово

**Цель**

Представить клинический случай редкого патологического состояния и показать на личном примере, как иногда глубокая мысль мешает клиническому мышлению.

Материалы и методы

Медицинская документация пациента.

**Результаты**

Доношенная девочка с весом при рождении 2870 грамм, длиной тела – 49 см. Оценка по шкале Апгар 7\8 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное.

Из анамнеза было известно, что у старшего брата пациентки эпилепсия с дебютом в 14 лет. У родной сестры матери трое детей страдают эпилепсией с диагностированной генетической обусловленностью на фоне мутации гена ACADBL (дефицит ацил-КоА дегидрогеназы жирных кислот с очень длинной углеродной цепью).

Через 11 часов после рождения ребенок из родильного дома, с клиникой дыхательных нарушений, переведен в отделение реанимации, в течение суток находился на СРАР.

В динамике у пациентки появились эпизоды тонико-клонических судорог, которые сопровождалась клиникой апноэ. Гипогликемии, электролитных нарушений при этом



не отмечалось. Уровень аммония – норма. Назначена противосудорожная терапия препаратом фенobarбитал. Учитывая, анамнез проведена смена питания ребенка на смесь Пренутрилон, из-за содержания в ней полиненасыщенных жирных кислот. Кроме того, в терапию добавлен L-карнитин. По результатам расширенного неонатального скрининга нарушения обмена карнитина не выявлены.

Забран биологический материал для проведения тандемной масс-спектрометрии.

Электроэнцефалография патологических изменений не зафиксировала.

Несмотря на все наши старания, приступы у пациентки сохранялись. И тогда мы обратили пристальное внимание на морфологию приступа. Ребенок внезапно поворачивал голову и шею, дугообразно выгибал спину, отмечались клонусы различной локализации. Приступ заканчивался апноэ или выраженным беспокойством с пронзительным криком. Но, при этом четкая связь с кормлениями не прослеживалась, срыгиваний не отмечалось.

Было проведено ультразвуковое исследование желудка с водной нагрузкой, диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс. Лечение начинали с немедикаментозных антирефлюксных мероприятий и коррекции питания.

Отмечался положительный эффект, приступы прекратились. Провели отмену противосудорожной терапии с постепенным снижением дозы. Отрицательной динамики не последовало.

По результатам тандемной масс-спектрометрии аномальные метаболиты не были идентифицированы.

### **Заключение**

Синдром Сандифера встречается менее чем у 1% больных, которые страдают от гастроэзофагеального рефлюкса. Однако он достаточно подробно описан в литературе, но его редко включают в диагностический поиск. Уникальность этого случая, на наш взгляд, заключается в том, что пациентка обладала определенным анамнезом. И это позволило нам уйти в диагностические дебри, а затем благополучно из них выбраться.



## **ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ (ВЖК) У НОВОРОЖДЕННЫХ: СВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ МАТЕРИ И ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДНЕГО ОБЪЁМА ТРОМБОЦИТОВ**

Лаврик М.В., Полуэктова Н.В., Червонная Д.В., Бабёнышева Л.В., Смолякова М.В.  
ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф.Горячева  
г. Ульяновск

### **Цель**

Изучить средний объем тромбоцитов (MPV) у новорожденных с ВЖК и проанализировать акушерско-соматический анамнез матерей для выявления возможных факторов риска.

### **Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ историй 84 пар «мать-ребенок» с ВЖК и 30 пар контрольной группы. Всем новорожденным в первые 6-24 часа жизни определяли MPV в общем анализе крови. Диагноз ВЖК подтверждался нейросонографией в первые 24 часа жизни. Матери контрольной группы отбирались по критериям физиологического течения беременности и родов.

### **Результаты**

Анализ перинатальных факторов риска у новорожденных с ВЖК выявил высокую частоту сопутствующей патологии: инфекции (52 женщины, 61,9%) анемия (30; 35,7%), гестоз (29; 34,5%), гестационный сахарный диабет и ожирение (31; 45,2%). Госпитализированы в отделение патологии беременности (ОПБ) 38 беременных (45,2%), среди них проведено 14 операций кесарева сечения, из них 6 экстренных. 39 женщин были первородящими (46,4%).

Осложнения в родах. Каждые третьи роды завершились операцией кесарева сечения (32 случая; 38,1%). Наиболее частым осложнением стал преждевременный разрыв плодных оболочек (26 женщин; 31,0%). Дискоординация родовой деятельности и диспропорция (размеров таза и головки плода) отмечены у 5 женщин каждая (по 6,0%). Дистресс плода диагностирован у 4 рожениц (4,8%). Большинство детей (88,1%) родились в доношенном сроке, с преобладанием девочек (54,8%).

MPV у новорожденных с ВЖК варьировал в пределах от 9,3 fl до 11,9 fl и был значительно ниже порога (>12 fl), ассоциированного с высоким риском геморрагических осложнений. Динамика у 12 детей была незначительной (от 0,1 fl до 0,9 fl). Такие коле-



бания соответствуют физиологической вариации и не свидетельствуют о патологическом увеличении MPV на фоне ВЖК.

52 детям потребовался перевод в отделение патологии новорожденных, двух - в реанимацию. Связи MPV с его динамикой и тяжестью ВЖК выявлено не было. Статистически значимых различий с контрольной группой не установлено.

### Заключение

1. ВЖК у новорожденных ассоциированы с патологией матерей и осложнениями в родах.

2. Показатель MPV не имеет диагностической и прогностической ценности при ВЖК, оставаясь в пределах нормы без значимой динамики.

3. Полученные данные подчеркивают, что патогенез ВЖК у доношенных новорожденных преимущественно связан с комплексом перинатальных факторов (состояние здоровья матери, течение беременности и родов), а не с системными изменениями тромбоцитарного звена, отражаемыми показателем MPV.

## ВОЗМОЖНОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Логинова О.П.

ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»

г. Гомель

### Цель

Провести комплексную серологическую диагностику токсоплазмоза у беременных женщин и новорожденных детей.

### Материалы и методы

В исследование включены 3498 пациентов, из них 281 новорожденный ребенок и 3217 беременных женщин. Выполнялось серологическое исследование сыворотки крови на наличие Ig M, IgG T. gondii и определение авидности IgG на иммунологическом анализаторе VIDAS с последующим расчетом индекса авидности в соответствии с инструкцией производителя.

### Результаты

По результатам исследования общая серопревалентность антител против T. gondii (IgG и/или IgM) составила 1,01% для беременных женщин и 3,9% для новорожденных. IgG были положительными у 9 беременных женщин, что составило 0,26%. У 8

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

из этих пациенток были обнаружены высокоавидные IgG, индекс авидности у них был  $0,6 \pm 0,2$ . Только у одной женщины были обнаружены IgM к *T. gondii* и низкоавидные IgG, что указывало на острую токсоплазменную инфекцию, которая в дальнейшем была подтверждена методом ПЦР.

В результате обследования новорожденных детей по клиническим показаниям, установлено 11 положительных образцов на IgG к *T. gondii*, IgM у них были отрицательными. В результате определения авидности IgG у этих пациентов, установлено, что у 2 (18,2%) ИА составил  $\leq 0,2$  (низкая авидность), а у 9 (81,8%) новорожденных установлен ИА выше 0,7. Т.е. у двух новорожденных с низкоавидными IgG к *T. gondii* можно было заподозрить недавно перенесенную инфекцию или внутриутробное инфицирование. Эти пациентам рекомендовано проведение ПЦР-исследования для подтверждения диагноза токсоплазмоза. Также было показано, что корреляция между индексом авидности IgG и уровнем TOXO IgM была значительной, отмечено, что чем выше был уровень IgM, тем ниже была авидность IgG. При получении у беременных положительного результата по определению IgM и низкоавидных IgG нужно заподозрить острый токсоплазмоз. Этот серологический профиль также может быть использован в качестве показателя для расширенного ультразвукового наблюдения за развитием плода и/или тестирования на *T. gondii* в амниотической жидкости методом ПЦР.

Для подтверждения наличия врожденного токсоплазмоза у новорожденного используются критерии, предложенные Boquel et al., 2019: положительные результаты тестов IgM считаются специфичными для *T. gondii* в сыворотке новорожденного или наличие низкоавидных IgG, связанных со специфическими клиническими проявлениями, указывающими на врожденный токсоплазмоз у новорожденного, в дополнение к сохраняющимся положительным IgG к концу 12 месяцев жизни младенца. При детекции положительных IgM, низкоавидных IgG и наличии клинических симптомов у новорожденных можно предположить острую токсоплазменную инфекцию.

**Заключение**

Таким образом, нами было показано, что определение в комплексе IgM, IgG и авидности IgG к токсоплазме является хорошим инструментом для диагностики острого токсоплазмоза у беременных женщин и новорожденных, что позволит во время начать лечение и предотвратить патологию плода и новорожденного ребенка. Быстрая и адекватная диагностика гестационного токсоплазмоза позволяет своевременно начать лечение, снижая риск серьезных неврологических осложнений и риск внутричерепных поражений, если лечение проводится в течение первых четырех недель после инфицирования матери.



## ВРОЖДЕННАЯ ГИПОПЛАЗИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Лылова Н.Н., Коробкова Н.В.

ГАОЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева».  
г. Кемерово

### Цель

Представить клинический случай редкого заболевания, которое было диагностировано в неонатальном периоде.

### Материалы и методы

Медицинская документация пациента.

### Результаты

Доношенный мальчик весом при рождении 3970 грамм, длина тела 55 см. Оценка по шкале Апгар: 7/8 баллов. Состояние при рождении – тяжелое за счет течения врожденной пневмонии. Находился на дыхательной поддержке. На 6 сутки жизни состояние пациента стабилизировалось, переведен в отделение патологии новорожденных.

На 12 сутки жизни состояние пациента с отрицательной динамикой – обильные срыгивания, плоская весовая кривая, изменение цвета кожных покровов. Появились электролитные нарушения в виде гипонатриемии (113 ммоль/л), гиперкалиемии (7,3 ммоль/л), ацидоз (BE-10, лактат 4,9 ммоль/л).

По данным ультразвукового исследования - гипоплазия надпочечников, удвоение левой почки. Проведена компьютерная томография органов брюшной полости – надпочечники достоверно не регистрируются.

Результаты гормонального исследования: снижение кортизола (58,7 пмоль/л, при норме 101-525), резкое повышение уровня адренокортикотропного гормона (1250 пк/мл, при норме до 62), гиперренинемия (329 мкМЕ/мл, норма до 46).

Клинико – лабораторная картина подтверждает наличие у пациента острой надпочечниковой недостаточности.

В лечение назначена заместительная гормональная терапия глюкокортикоидами – препарат солугортеф (доза 200 мг/м<sup>2</sup>/сутки, далее снижение до 100 мг/м<sup>2</sup>/сутки), далее переход на энтеральную форму препарата кортеф (доза – 20 мг/м<sup>2</sup>/сутки). На этом фоне сохраняется гипонатриемия до 120 ммоль/л, при нормальном уровне глюкозы крови и калия. Суточная доза препарата кортеф увеличена до 25,5 мг/м<sup>2</sup>/сутки, добавлены минералкортикоиды - кортинефф из расчета 300 мкг/м<sup>2</sup>/сутки. На этом фоне нормализовался электролитный баланс крови и гормональный профиль. Пациент усваивает энтеральное питание в полном объеме, весовая кривая восходящая. С заместительной гормональной терапией пациент был выписан на амбулаторный этап.



Неонатальный скрининг: 17-гидроксипрогестерон 2,69 - 5,44 - 2,15 нг/мл – норма, что в сочетании с отсутствием гиперплазии надпочечников исключает врождённую дисфункцию коры надпочечников.

С целью исключения X-сцепленной врожденной адренолейкодистрофии, определен уровень жирных кислот с очень длинной углеродной цепью, результат - норма.

Результат цитогенетического исследования: нормальный мужской кариотип.

### Заключение

Врожденная гипоплазия надпочечников – редкое заболевание, проявляет себя как первичная надпочечниковая недостаточность, часто имеет клинические маски, крайне мало освещено в литературе.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Петрученя А.В., Строгая Н.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск

### Цель

Цель исследования заключалась в изучении акушерско-гинекологического анамнеза матерей, у детей которых на первом году жизни были диагностированы нарушения ритма сердца.

### Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт пациентов в возрасте месяцев с нарушения ритма сердца (НРС), которые на находились на стационарном лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» за 2022-2024 гг.

### Результаты

По результатам исследования данных электрокардиографии (ЭКГ) выявлено, что чаще нарушение ритма сердца чаще проявлялось в виде экстрасистолии в 63,3% случаев ( $\chi^2=8,5$ ,  $p=0,004$ ), пароксизмальной тахикардией – 28,3%, АВ- блокадой -3,4%, другие нарушения ритма составили 5%. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза матери показало, что экстрагенитальная патология была выявлена у % беременных, из них заболевания органов дыхания в период беременности перенесли 46,7% женщин, герпесвирусная инфекция (ВПГ1,2) составила 15%, 11,7%



женщин в период беременности переносили коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2. Носительства *Streptococcus agalactiae* было выявлено у 6,7% женщин, что также коррелировало с риском развития НРС ( $p=0,26$ ,  $p=0,003$ ). У 78,3% рожениц имелись осложнения течения беременности в виде хронической фетоплацентарной недостаточности - 51,1%, гестационный сахарный диабет – 17%, многоводия - 14,9%.

### Заключение

Таким образом, результаты исследования подтвердили значительную роль экстрагенитальной патологии у беременных, включая инфекционные заболевания и носительство *Streptococcus agalactiae*, в формировании риска развития НРС у детей на первом году жизни. Наиболее частыми формами нарушения ритма были экстрасистолия и пароксизмальная тахикардия. Данные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к ведению беременности и раннему кардиологическому обследованию детей из группы риска.

## ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ РЕДКОЙ ФОРМЫ ВЫСОКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Петрученя А.В., Строгая Н.В., Манкевич Н.И., Денисенко Н.А.

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

### Цель

Цель исследования – оценить влияние перинатальной инфекции на развитие редкой формы толстокишечной непроходимости у новорожденного на примере клинического случая.

### Материалы и методы

В данной публикации представлены результаты клинического, лабораторного и инструментальных исследований клинического случая толстокишечной непроходимости у новорожденного.

**XVIII****ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС****АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года****В начало****Содержание****Результаты**

В РНПЦ «Мать и дитя» г. Минска поступил новорожденный мальчик в возрасте 2 суток с предварительным диагнозом «инфекция специфичная для перинатального периода». Беременность протекала на фоне избыточной массы тела, миопии слабой степени OU, варикозной болезни в бассейне большой подкожной вены, желудочковой экстрасистолии по типу би- и тригимении, Н0, гипербилирубинемии. Роды одноплодные, в сроке 41 неделя, вес при рождении 4050 г, длина 55 см, окружность головы 39 см, Апгар 8/8 баллов. Анамнез родов без осложнений. Объективно при поступлении отмечались: температура тела – 36,6°C, гипотония, гипорефлексия, отказ от еды, при попытке кормления – обильное срыгивание. Субиктеричность кожных покровов, гиперемия переднебоковой поверхности живота, пастозность, снижение двигательной активности, слабый крик, умеренная гипотония. Сердечный ритм ритмичный, с тенденцией к брадикардии (110–84 уд/мин), приглушение тонов, систолический шум. Частота дыхания 64 в минуту, живот вздут, слегка болезненный при пальпации, перистальтика вялая. Меконий отходил 2 раза после очистительной клизмы. В биохимическом анализе крови отмечено увеличение прокальцитонина – 63,5 нг/мл, С-реактивного белка – 81,5 мг/л, в общем анализе крови – лейкоцитоз.

Рентгенограмма органов брюшной полости показала сохранение пневматизации кишечника с признаками неравномерного распределения газов в кишечнике, без достоверных признаков кишечной непроходимости. По данным УЗИ ОБП зарегистрированы гепатомегалия, гиперэхогенность паренхим обеих почек с синдромом «белых пирамидок», наличие асцита (~30 мл), гиперэхогенная взвесь в желчном пузыре, достоверно перистальтика кишечника достоверно не определяется.

Назначена антибактериальная терапия (меропенем, ванкомицин), антигеморрагическая терапия витамин К1, метаболическая терапия (L-карнитин). В динамике отмечалась нормализация показателей в общем анализе крови. Снижение в биохимическом анализе крови прокальцитонина до 24,5 нг/мл, С-реактивного белка – до 50,5 мг/л. Однако, симптомы в виде срыгивания, вялой перистальтики кишечника, склонности к брадикардии (ЧСС 110-90) сохранялись. При повторном рентгенологическом обследовании органов брюшной полости на 6 сутки жизни были выявлены достоверные признаки толстокишечной непроходимости.

**Заключение**

Клинический случай демонстрирует сложное клиническое течение инфекции, влияющие одновременно на несколько систем, и на отсутствие специфичных симптомов.



## **ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ**

Румянцева З.С., Ильясова Э.У., Марулова А.В., Румянцева Е.С.

*Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С.И.Георгиевского  
г. Симферополь*

### **Цель**

Проанализировать частоту встречаемости ФПН и ее клинических форм у беременных женщин и оценить влияние данной патологии на состояние матери и плода.

### **Материалы и методы**

Был проведен ретроспективный анализ 280 историй болезней пациенток находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» СП Перинатальный центр г.Симферополь, в период с 01.06.2023 года по 31.08.2023 года с угрозой прерывания беременности, из них 47 пациенток (16,7%) с ФПН

### **Результаты**

при проведении ретроспективного анализа 280 историй болезни, была сформирована и проанализирована группа из 47 клинических случаев с верифицированной ФПН или ее клиническими формами (дисфункция плаценты, ПОНРП, плацентарная недостаточность, предлежание плаценты). В исследуемой группе, среди 47 пациенток, у 62% (29 женщин), возраст превышал 30 лет. В анамнезе преобладали преждевременные роды 85% (40 пациенток), из которых у 47% (22 женщины) - на сроках 22-27 недель гестации. Низкая масса тела плода при рождении. (менее 1500 гр.) - зафиксирована у 74% (35 случаев) новорожденных. Критическое состояние при рождении, требующее реанимационных мероприятий (оценка по шкале Апгар 0-5 баллов), наблюдалась в 60% (28 случаев). Антенатальная гибель плода, как крайнее проявление декомпенсации ФПН, составила 40% (19 случаев). Важным предиктором неблагоприятного исхода явилось отсутствие или позднее начало (после 12 недель) пренатального наблюдения, что имело место в 39% случаев.

### **Заключение**

полученные данные демонстрируют прямую связь между наличием фетоплацентарной недостаточностью и высокими показателями антенатальной гибели, недоношенности плода и низкой массой тела при рождении. При этом, поздняя постановка



на учет является значимым предиктором поздней диагностики и неблагоприятного перинатального исхода, что проявляется низкими баллами шкале Апгар и требует проведения первичных или расширенных реанимационных мероприятий.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРΟЖДЁННЫХ НА ОСНОВАНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПРОГНОЗА

Салихова К.Ш., Агзамходжаева Б.У., Шаудырбаева А.К., Абдурахманова Ф.Р.,  
Ишниязова Н.Д.

*Республиканский специализированный научно практический медицинский центр  
педиатрии Ташкент, Узбекистан  
г. Ташкент*

### Цель

На основании клинико-метаболических факторов риска у маловесных новорождённых разработать интегральный неонатальный индекс прогноза (НИП) неблагоприятных исходов

### Материалы и методы

Обследованы 61 недоношенные новорожденные с массой тела при рождении  $1960,0 \pm 120,0$  г. Контрольную группу составили 30 доношенных новорожденных со средней массой тела  $3150,0 \pm 230,0$  г. На основании анамнестических данных, биохимических и лабораторных маркеров разработан интегральный неонатальный индекс прогноза.

### Результаты

При расчете неонатального индекса прогноза из клинико-анамнестических данных у матерей маловесных детей выявлено анемия в 58,2% случаях против 19,5% контрольной группы, преэклампсия в 41,2% случаях против 12%. У 67% маловесных новорождённых отмечена гипогликемия ( $< 2,5$  ммоль/л), у 45%- метаболический ацидоз ( $\text{pH} < 7,30$ ), у 52%-гипербилирубинемия ( $> 220$  мкмоль/л). Средний уровень лактата составил  $3,8 \pm 0,7$  ммоль/л ( $p < 0,01$  относительно контроля). Каждый параметр оценивался в баллах (0–3). Среднее значение НИП у маловесных новорождённых основной группы составил —  $7,9 \pm 1,8$  баллов, тогда как у детей контрольной группы —  $3,1 \pm 0,9$  балла ( $p < 0,001$ ).



### Заключение

Разработанный неонатальный индекс прогноза позволяет объективно оценивать тяжесть состояния уже в первые часы после рождения и выделять детей с высоким риском осложнений. Наиболее значимыми факторами риска неблагоприятного исхода являются: анемия матери, масса при рождении ребенка <2000 г, гипогликемия, ацидоз, гипербилирубинемия.

## БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БИЛИРУБИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Салихова К.Ш., Бахрамова Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
педиатрии  
г. Ташкент

### Цель

Определить степень неврологических нарушений на основании бальных оценок у новорожденных с билирубиновой энцефалопатией

### Материалы и методы

Работа выполнена в отделении патологии новорожденных РСНПМЦ Педиатрии. Обследовали 75 недоношенные новорожденные. С целью раннего выявления, оценки динамики и определения тяжести билирубиновой энцефалопатии у новорожденных детей использовали бальную шкалу включает себя оценку сознания, мышечный тонус, характер плача.

### Результаты

У 53,3 % обследованных новорожденных бальная оценка признаков острого метаболического поражения ЦНС вызванная нейротоксическим действием непрямого билирубина в остром периоде составило 1-3 баллов и оценено как острая билирубиновая энцефалопатия минимальной активностью, которое проявлялась такими признаками как вялость, сонливость, требующий пробуждение на кормление, умеренной гипотонией. Состояние детей с такими признаками, как синдром возбуждения, гипертония чередующая с гипотонией, пронзительный плач оценено как билирубиновая энцефалопатия умеренной активностью и отмечалось в 37,4% случаев. При анализе клинических проявлений у детей обеих групп наблюдались как изолированные синдромы, так и сочетание двух и более синдромов. Состояние 9,3% детей оценено

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

более 8 баллов как билирубиновая энцефалопатия тяжелой степени. Поражения проявлялось такими признаками как вынужденное положение тела с опистотонусом, запрокидывание головы, ригидность затылочных мышц, гипертонус мышц, гиперестезии, периодическое возбуждение и резкий «мозговой» крик, выбухание большого родничка, видимая реакция на сильный звук, апноэ, брадикардия, глазодвигательная симптоматика (нистагм, симптом Грефе, симптом заходящего солнца).

**Заключение**

Бальная оценка признаков острого метаболического поражения ЦНС вызванная нейротоксическим действием непрямого билирубина и адекватная терапия таких больных является важной задачей педиатров и неонатологов, в связи с риском развития при чрезмерно высоком уровне билирубина такого тяжелого осложнения, как билирубиновая энцефалопатия.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА КАК МАРКЕРА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ**

Салихова К.Ш., Марифалиева М. З

*Республиканский специализированный научно практический медицинский центр  
педиатрии Ташкент, Узбекистан  
г. Ташкент*

**Цель**

Оценить уровень VEGF как возможного маркера ЛГ у недоношенных детей с БЛД

**Материалы и методы**

Обследованы 74 ребёнка в возрасте от 1 до 12 месяцев с БЛД. В зависимости от наличия ЛГ. 1-ю группу составили 41 младенец гестационным сроком 26-31 недель с БЛД +ЛГ. 2-ю группу 33 новорожденных со сроком гестации 32-36 недель, с БЛД без ЛГ. VEGF в сыворотки крови определяли методом Биочип технологии на аппарате «Randox»

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

**Результаты**

При изучении роли VEGF нами обнаружена достоверная разница показателей новорожденных с БЛД без ЛГ и с БЛД+ЛГ которые составляли  $268,54 \pm 53,9$  пг/мл и  $198,23 \pm 34,0$  пг/мл соответственно. У детей с ЛГ отмечалось достоверное снижение VEGF ( $p < 0,05$ ), свидетельствующие о торможении ангиогенеза, активации фиброза и эндотелий зависимых факторов вазодилатации с первых месяцев жизни. Снижение концентрации VEGF может рассматриваться как неблагоприятный прогностический признак и один из ранних биомаркеров формирования лёгочной гипертензии в данной группе пациентов

**Заключение**

Полученные результаты показали, что уровень сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) у недоношенных детей с бронхолёгочной дисплазией имеет значимую взаимосвязь с развитием и степенью выраженности лёгочной гипертензии. Снижение концентрации VEGF может рассматриваться как неблагоприятный прогностический признак и один из ранних биомаркеров формирования лёгочной гипертензии в данной группе пациентов.

## НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Тоноян Л.А. Маркова Е.В. Шамаилова Д.И. Невзоров О.Б.

Российский университет медицины.  
г. Москва

**Цель**

Изучение влияния железодефицитных состояний при беременности на здоровье будущих поколений.

**Материалы и методы**

Данный обзор литературы включает: систематические обзоры, обзоры литературы и мета-анализы, направленные на изучение влияния железодефицитных состояний на течение беременности, родов и на здоровье детей.

**XVIII**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ****26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

**Результаты**

Меры профилактики манифестного дефицита железа у беременных включают своевременную терапию латентного дефицита железа при беременности (Д.Ю. Хофмейр и соавт, 2010г; Н.А. Короткова, В.Н. Прилепская 2016г)

Рост плода повышает дополнительную потребность в железе для беременной женщины (средняя суточная потребность в железе возрастает от 0,8 мг/день в первые десять недель до 7,5 мг/сут в последние десять недель (Стивенс Г соавт., 2013г)

Уровень ферритина у новорожденных был снижен, если мать страдала железодефицитной анемией (Чой Джей У., 2000г)

У младенцев, рожденных от матерей с анемией, с большей вероятностью развивается анемия (Коломер соавт 1990г)

По данным Бартон и соавт. 1994г, назначение железа беременным без анемии улучшает их запасы железа и снижает уровень эритропоэтина, но не влияет на содержание железа в пуповинной крови.

Презиози и соавт. 1997г. обнаружили, что младенцы, матерям которых назначались препараты железа в конце беременности, имели более высокий уровень ферритина в сыворотке в возрасте трех месяцев.

В исследованиях Гофрея и соавт. в 1991, низкие концентрации гемоглобина во время беременности были связаны с более крупными размерами плаценты, это может приводить к долгосрочным последствиям, в частности, к увеличению заболеваемости гипертонией в будущем.

Аллен и соавт. 2001г предположили потенциальные механизмы, посредством которых материнская железодефицитная анемия может влиять на плод: гипоксия, окислительный стресс и инфекции. Хроническая гипоксия вследствие анемии может инициировать стрессовый ответ с последующим выделением кортикотропин-рилизинг-гормона (CRH) плацентой, увеличением производства кортизола у плода и, как следствие, приводить к ранним родам. Наличие бактерий или воспалительных цитокинов в амниотической жидкости в значительной степени связано с развитием преждевременных родов, обычно вследствие преждевременного разрыва плодных оболочек.

Нарушения психомоторного или умственного развития, описанные у детей от матерей с анемией, могут негативно влиять на социальное поведение (Пфеннигер А., Шуллер К., 2012) и иметь связь с возникновением различных заболеваний во взрослом возрасте (Бирд Дж.Л., 2008; Инсел Б.Дж., 2008).

**Заключение**

Профилактика манифестного дефицита железа у беременных включают своевременную терапию латентного дефицита железа при беременности, может снизить риски развития осложнений при беременности и негативного влияния на плод и на здоровье потомства в будущем.



# СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис  
нажмите нанужный  
пункт содержания

## Анестезиология-реаниматология

- 3 **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИИ**  
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю.
- 5 **ПРИМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛОКАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ (ДЛА) У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**  
Бадмажапов А.С., Баранов Ю.И., Кузнецов А.О., Громов Ф.А., Немытченко В.А., Иванченко Д.С.
- 6 **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТОШНОТЫ И РВОТЫ У АКУШЕРСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПОД СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ**  
Баранов Ю. И., Бадмажапов А. С., Кузнецов А.О.
- 7 **ЗНАЧЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕД РОДАМИ ДЛЯ ПОЛУАВТОМАТИЧЕСКОГО ТРОМБОЭЛАСТОГРАФА НАЕМА Т4**  
Безнощенко О.С., Герасимов Ю.А., Острик К.А., Белов А.В., Силаев Б.В.
- 9 **ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ «ГЕМАТОКРИТ-АЛЬБУМИН» У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**  
Васильев С.А., Виктор С.А., Демидова Р.Н.
- 10 **ВЛИЯНИЕ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**  
Васильев С.А., Виктор С.А., Курлович И.В., Прилуцкая В.А., Демидова Р.Н.
- 12 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОДОЗНОЙ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ**  
Голубев В.В., Токарева В.В., Карташева С.В., Гасанов Н.П., Арабаджан С.М.
- 13 **ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РОТЭМ У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ.**  
Кисурина А.С., Белов А.В., Безнощенко О.С., Силаев Б.В.



XVIII

ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

**26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

- 14 **ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ФЕРРОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛАТЕНТНЫМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ**  
Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Невзоров О.Б., Шамаилова Д.И.
- 15 **ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**  
Невзоров О.Б., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Царькова М.А., Шамаилова Д.И.
- 17 **ТЯЖЕЛАЯ АСФИКСИЯ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ. НЕПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ В НЕПРОСТОМ КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ**  
Стекольников И.Р., Стекольников А.Г., Ненилина Н.В., Ильиных А.В.; Ягосфаров А.Н

## Организация медицинской помощи новорожденным

- 19 **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**  
Анциферова Е.В., Хребтова Е.Г., Карпова Л.Н., Смирнова Ю.А., Воронина Н.А., Калюжная И.И., Фортус Е.М., Таранушенко Т.Е.
- 20 **РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ С ВКЛЮЧЕНИЕМ В ТЕРАПИЮ КОФЕИНА ЦИТРАТА**  
Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Русинова Т.Г., Кайгородцева А.А., Маначкина Ю.В., Ходинская А.В., Дворжецкая О.В., Воронкова М.А., Фурсова А.В., Проскурякова К.А.
- 22 **ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛИЗАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКА С СОЧЕТАННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ ЦНС: SPINA BIFIDA И СИНДРОМ АРНОЛЬДА-КИАРИ 2 ТИПА**  
Карташев В.Ю., Димитрюк И.А., Ульзутуева Т.В.
- 23 **РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА В УР. СНИЖЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ**  
Максимов А.С., Хасанов А.Э., Копытов М.В., Сергеев Е.С., Фатыхов Д.Д., Закурдаев Р.А., Полякова М.В., Багаутдинов А.Л., Пупков П.В.



XVIII

ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

**26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

- 25 **ИНТЕГРАЦИЯ РАНГОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РИСКА МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПРАКТИКЕ РЕАНИМАЦИОННЫХ БРИГАД РКЦ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
Максимов А.С., Хасанов А.Э., Копытов М.В., Сергеев Е.С., Фатыхов Д.Д., Полякова М.В., Закурдаев Р.А., Миниахметов В.Ф., Пупков П.В.
- 27 **РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА С РАННЕЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ**  
Шамаилова Д.И., Невзоров О.Б., Маркова Е.В., Тоноян Л.А.

## Организация здравоохранения

- 29 **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**  
Виктор С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Демидова Р.Н.
- 30 **ПРО ЗАБОТУ: ЦИФРОВЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ**  
Голубева Марина Юрьевна
- 32 **ПРОЛАКТИН-КАТЕПСИНОВЫЙ КАСКАД: КЛЮЧ К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**  
Камилова Н.М.<sup>1</sup>, Мирзоева Х.М.<sup>2</sup>, Ибрагимов Ж.С.<sup>3</sup>
- 33 **ВОЗРАСТ-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ МОНИТОРИНГА СТРЕССА У ЖЕНЩИН**  
Камилова Нигяр Мир-Наги, Гулиева Ламия Адиширин
- 35 **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Бойдак М.П.<sup>1,2</sup>, Свирская О.Я.<sup>2</sup>, Можеева А.А.<sup>1</sup>



XVIII

ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

26–28 ноября  
2025 года

В начало

Содержание

# Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

- 37 **ДИАГНОСТИКА НЕОНАТАЛЬНЫХ СУДОРОГ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ОРИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**  
Авраменко В.Ю., Васюкова Д.Л., Гребенникова О.В., Дегтярева М.Г.
- 39 **ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ СУДОРОЖНОЙ И НЕСУДОРОЖНОЙ ПРИРОДЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ФАКТОРА**  
Авраменко В.Ю., Гребенникова О.В., Дегтярева М.Г.
- 40 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОКУСНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Борисова Д.Л., Рохлина А.А., Юдина Д.А.
- 42 **ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С СЕПСИСОМ: ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ И СРЕДНЕГО ОБЪЕМА ТРОМБОЦИТОВ**  
Лаврик М.В., Неродик У.В. Ермошина Н.Г., Захарова Н.И., Феоктистова Е.А.
- 43 **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА МЕНЕЕ 33 НЕДЕЛЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА**  
Лёнюшкина А.А., Круг-Йенсен О.А., Савельева Е.И., Пупышева А.Ф., Никитина И.В., Припутневич Т.В., Гончарук О.Д., Зубков В.В.
- 45 **ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КРАЙНЕ НЕЗРЕЛЫХ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК**  
Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Бойдак М.П.<sup>1, 2</sup>, Иванова Е.В.<sup>2</sup>
- 46 **ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОРИТН**  
Рудакова А.А., Сугак А.Б., Филиппова Е.А., Киртбая А.Р., Балашова Е.Н., Ионов О.В.



XVIII

ВСЕРОССИЙСКИЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

**АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ**

**26–28 ноября  
2025 года**

В начало

Содержание

## Болезни новорожденных

- 48 **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ВОЛЧАНКИ**  
Амирова В.Р., Идрисова Р.Г., Карманова М.С., Леонтьев А.О., Митусова А.С.
- 50 **АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**  
Белкова Т.Н., Оксеньчук Т.В., Голованова Ю.Е., Константинова А.Ю., Ткач Е.В., Абалканова А.О., Прокопчук С.Г.
- 51 **СИНДРОМ САНДИФЕРА. ИЛИ КАК ЛАРЧИК ПРОСТО ОТКРЫВАЛСЯ**  
Коробкова Н.В., Лылова Н.Н.
- 53 **ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ (ВЖК) У НОВОРОЖДЕННЫХ: СВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ МАТЕРИ И ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДНЕГО ОБЪЁМА ТРОМБОЦИТОВ**  
Лаврик М.В., Полуэктова Н.В., Червонная Д.В., Бабёнышева Л.В., Смолякова М.В.
- 54 **ВОЗМОЖНОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ**  
Логинова О.П.
- 56 **ВРОЖДЕННАЯ ГИПОПЛАЗИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ**  
Лылова Н.Н., Коробкова Н.В.
- 57 **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**  
Петрученя А.В., Строгая Н.В.
- 58 **ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ РЕДКОЙ ФОРМЫ ВЫСОКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**  
Петрученя А.В., Строгая Н.В., Манкевич Н.И., Денисенко Н.А.
- 60 **ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ**  
Румянцева З.С., Ильясова Э.У., Марулова А.В., Румянцева Е.С.
- 61 **ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ОСНОВАНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПРОГНОЗА**  
Салихова К.Ш., Агзамходжаева Б.У., Шаудырбаева А.К., Абдурахманова Ф.Р., Ишниязова Н.Д.



- 62 **БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
БИЛИРУБИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**  
Салихова К.Ш., Бахрамова Ш.М.
- 63 **ОЦЕНКА УРОВНЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО  
ФАКТОРА РОСТА КАК МАРКЕРА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ**  
Салихова К.Ш., Марифалиева М. З
- 64 **НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ  
СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЛЬ В РАЗВИТИИ  
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ**  
Тоноян Л.А. Маркова Е.В. Шамаилова Д.И. Невзоров О.Б.



# XVIII ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

26–28 ноября  
2025 года

В начало

Содержание

## Выражаем благодарность

### Спонсоры

AstraZeneca

BioBaby  
товары для материнства и детства

B | BRAUN  
SHARING EXPERTISE

CSL Vifor

COMEN

Chiesi

GE HealthCare

LÖWENSTEIN  
medical

OxiVent

TENDE

Эфферон

### При поддержке

Infaprim

MIRUS  
MEDICAL

LABORATOIRES  
Pierre Fabre  
New ways to care

pocard  
— SINCE 1992 —

Р-ФАРМ  
Инновационные  
технологии  
здоровья

### Информационным партнерам

bionika media

Creative  
Gynecology

Врачи РФ

ГЭОТАР  
МЕДИА  
Издательская группа

Династия  
Вопросы  
гинекологии, акушерства  
и перинатологии

Лечащий Врач

МВ МЕДВЕСТНИК  
ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ВРАЧА

MEDIAMEDICA

МЕДИЦИНСКИЙ  
ОППОНЕНТ  
Платформа для профессионалов

МБ ГЭОТАР  
Медицинская  
база знаний с ИИ

МЕДФОРУМ  
АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

medelement  
медицинская платформа

OmniDoctor

ВШОУЗ

ПрофМедПресс

РЕМЕДИУМ  
ГРУППА

РМЖ  
НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ЦЕНТР

Мобильное приложение  
Справочник  
врача