17–19 ноября, 2021

XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

Online

Материалы конгресса

XIV ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА
М., 2021 – 54 с.

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

17–19 ноября 2021 года
г. Москва

ISBN 978-5-906484-65-9

© «МЕДИ Экспо», 2021

Анестезиология-реаниматология

ОПТИМИЗАЦИЯ СНИЖЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Аношин А.С., Тютюнник В.Л., Сергунина О.А., Хачатрян З.В.

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

Актуальность

Акушерские кровотечения неизменно являются одной из ведущих причин материнской заболеваемости и смертности во всем мире. Массивное акушерское кровотечение, связанное с кесаревым сечением, обычно определяемое как кровопотеря, превышающая 1000 мл, часто недооценивается, при этом ее частота отмечается в 5-10% при кесаревом сечении. Наиболее распространенной причиной кровотечений (в 70% случаев) является гипотония матки. Следует отметить, что недостаточная сократимость матки может быть значительным предрасполагающим фактором риска массивной кровопотери.

Цель

Определить эффективность и безопасность карбетоцина при абдоминальном родоразрешении у повторнородящих с риском развития гипотонического кровотечения.

Материалы и методы

В исследование были включены 91 пациентка. Критерии включения: возраст 20-45 лет, доношенный срок беременности, повторное кесарево сечение любой срочности, проводимое в условиях спинальной анестезии. Критерии исключения: сопутствующая тяжелая экстрагенитальная патология, осложнения настоящей беременности (преэклампсия, внутрипеченочный холестаз), анестезиологический риск по шкале ASA IV, патология системы гемостаза, тромбоцитопения, профилактика или терапия низкомолекулярными гепаринами менее суток до родов. Всем женщинам в качестве утеротонической терапии, после родоразрешения и до извлечения последа, внутривенно вводился карбетоцин в дозе 100 мкг. Данный препарат утвержден в 24 странах мира для профилактики атонии матки и массивных кровотечений после кеса-

рева сечения с обезболиванием методом спинальной или эпидуральной анестезии. Также применялись препараты: транексамовая кислота 1000 мг, дексаметазон 8 мг, антибиотикопрофилактика, в качестве премедикации – ондансетрон 4 мг. Спинальная анестезия проводилась левобупивакаином в дозе 15 мг. Вазопрессорная поддержка начиналась превентивно (сразу после извлечения спинальной иглы) фенилэфрином в дозе от 0,02 мкг/кг/мин до 0,5 мкг/кг/мин. Инфузионная терапия проводилась сбалансированными кристаллоидными растворами и изотоническим раствором хлорида натрия. Дополнительной утеротоническое терапии в послеродовом периоде не проводилось.

Результаты исследования

Средний возраст пациенток составил 35,4+1,7 лет, срок родоразрешения – 38,7+1,2 нед, индекс массы тела (ИМТ) – 24,9. При оперативном родоразрешении (средняя длительность – 37,7+4,5 мин) выявлено: среднее артериальное давление (срАД) – 71,9 мм рт. ст., показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) – 78,6, шоковый индекс Альговера (ШИ) – 0,77, доза вазопрессорной поддержки – 354,1+47,7 мкг, объем требуемой инфузионной терапии (ИТТ) – 1336,5+100,1 мл, диурез – 173,1+21,7 мл.

Всем пациенткам проводилась профилактика кровотечения карбетоцином – селективным агонистом окситоциновых рецепторов длительного действия, полипептидным аналогом гормона задней доли гипофиза. Под влиянием карбетоцина увеличивается проницаемость мембран миоцитов матки для ионов кальция (Ca^{2+}), снижается потенциал покоя и повышается их возбудимость. После введения карбетоцина сокращения матки учащаются, и через 2 мин наступает резкая схватка. Однократного введения карбетоцина в дозе 100 мкг достаточно для того, чтобы сохранялись адекватные сокращения матки (профилактика послеродовой атонии матки и обильных кровотечений). В сравнении с окситоцином утеротоническое действие карбетоцина является значительно более мощным и продолжительным. Объем кровопотери при выполнении операции кесарева сечения составил 424,3+44,4 мл.

Заключение

Данное исследование показало эффективность карбетоцина в профилактике развития послеродового кровотечения в результате сниженного тонуса матки у женщин группы высокого риска при повторной операции кесарева сечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ЯИЧЕК

Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Шестель А.Н.

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

Цель

Анализ эффективности послеоперационного обезболивания после проведения внутривенной и спинальной анестезий при операции открытая биопсия яичек.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 187 мужчин с бесплодием в течение раннего послеоперационного периода. Все пациенты разделены на две равноценные группы, отмечались сопоставимые показатели лабораторного и гемодинамического мониторинга.

Результаты

Всем пациентам обеих групп с целью послеоперационного обезболивания применялась парентеральная анальгезия (НПВС, парацетамол). В 1 группе (72 мужчин) для обезболивания операции открытая биопсия яичек проводилась внутривенная анестезия (пропофол, кетамин), а во 2 группе (115 мужчин) - спинальная анестезия (бупивакаин 0,5% в объеме 10-15 мг). Оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). У всех пациентов 1 группы сразу же после операции при оценке по шкале более 4 баллов вводился парацетамол и препараты НПВС, а в 15 случаях была необходимость в повторном обезболивании. У пациентов 2 группы необходимость в проведении обезболивания с использованием парентеральной анальгезией была лишь у 3 пациентов. 112 пациентов 2 группы не нуждались в дополнительном послеоперационном обезболивании. У всех пациентов обеих групп наблюдались стабильные показатели гемодинамики и хорошее самочуствие в раннем послеоперационном периоде.

Заключение

Результаты проведенных исследований указывают на эффективность использования парентеральной анальгезии у пациентов 1 группы в раннем послеоперационном периоде. Проведение спинальной анестезии у пациентов 1 группы обеспечивает достаточный уровень послеоперационного обезболивания у 90% пациентов.

БЛОКАДА ПОПЕРЕЧНОЙ ФАСЦИИ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Дроздов Р.Г., Иванов А.А., Терентьев Н.В., Венедиктов Э.В., Стяжкин А.А., Алтынбаев Р.Ф., Зайцев С.С.

ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом»
г. Ухта, Республика Коми.

Актуальность

Наметившийся в последние годы рост популярности периферических миофасциальных блокад передней брюшной стенки, как компонента мультимодальной анальгезии, показывает необходимость совершенствования уже внедрённых в повседневную практику методов болеутоления после кесарева сечения.

Цель

Оценить эффективность блокады поперечной фасции (БПФ), выполненной под контролем ультразвуковой навигации (УЗН) - Ultrasound guided transversalis fascia plane block (TFP – block) в сравнении с системной анальгезией после кесарева сечения.

Материалы и методы

46 пациенток после планового кесарева сечения поперечным разрезом под спинальной анестезией разделены на 2 группы: основная (n=23) – базисная системная анальгезия (НПВС + парацетамол) и БПФ под УЗН (0,375% ропивакаин); контрольная (n=23) – базисная системная анальгезия (НПВС + парацетамол) и опиоиды по требованию при интенсивности боли ≥ 5 баллов. Послеоперационную боль контролировали с помощью цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ) от 0 до 10 баллов в покое и при движении через 2-4-6-9-12-18-24 часа после операции.

Результаты

Пациентки в основной группе с БПФ присаживались и вставали через 3 - 4 часа после операции, с оценкой боли по ЦРШ ≤ 3 балла, чувствовали себя более комфортно и быстрее адаптировались, чем пациентки контрольной группы, и уже через 6 - 7 часов после операции продолжали выздоровление в палате послеродового отделения вместе с новорожденным, где самостоятельно ухаживали за ним. Назначения опиоидов не требовали. Выраженность боли ≥ 5 баллов по ЦРШ затрудняла активизацию, снижала комфорт и увеличивала период послеоперационной адаптации у женщин контрольной группы, поэтому они вставали позже, чем пациентки основной группы и требовали перед этим, как минимум, однократного назначения опиоидов. Анализ интенсивности боли, уровня комфорта и длительности периода адаптации выявил разницу между этими группами. Традиционная схема системной анальгезии (НПВС + парацетамол ± опиоид) не является оптимальной после кесарева сечения, так как не обеспечивает достаточного обезболивания. БПФ снижает боль в покое и при движении, а анальгетический эффект сохраняется до 24 часов после опера-

ции. Пациентки основной группы были готовы к совместному пребыванию с новорожденным в более ранние сроки.

Заключение

БПФ под УЗН в сравнении с системной анальгезией после кесарева сечения обладает более выраженными анальгетическими возможностями, улучшает послеоперационный комфорт, позволяет пациентке раньше активизироваться и быстрее адаптироваться, снижает потребность в опиоидах, способствует грудному вскармливанию и более раннему совместному пребыванию матери с новорожденным.

АДРЕНОМИМЕТИКИ. ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ БУДУЩЕГО

Дутаева Л.Х., Белов А.В.

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

Введение

В настоящее время доля смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы составляет около 47% из общей структуры и традиционно занимает первое место по всему миру. По данным МЗ РФ за январь-октябрь 2020г показатель смертности от болезней системы кровообращения превысил 6.6% в сравнении с тем же периодом 2019г. Несмотря на более чем вековой опыт использования адреномиметиков, вопросы их своевременного, клинически обоснованного применения и сочетания с целью стабилизации гемодинамического профиля у пациентов с остро развившейся или декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией остаются краеугольным камнем по сегодняшний день. Проводятся многочисленные исследования, разработки новых, более эффективных форм адреномиметиков и исследуются возможные варианты их комбинаций.

Цель

Провести анализ опубликованных данных.

Материалы и методы

Метаанализы, систематические обзоры, рандомизированные исследования, публикации и статьи.

Адреналин был включен в рекомендации по реанимации во всем мире с 1960-х и был основным компонентом ведущих стратегий жизнеобеспечения на протяжении столетия.

Он увеличивает коронарное перфузионное давление, что связанно со скорейшим восстановлением спонтанного кровообращения. Однако несколько обсервационных исследований документально подтверждают связь между введением адреналина и сомнительным неврологическим исходом, поскольку он нарушает церебральный микроциркуляторный кровоток, даже в условиях неизменной или усиленной перфузии в других органах; также провоцирует нестабильность, делая пациента более склонным к развитию аритмий, в том числе фибрилляции желудочков, что в условиях асистолии носит положительный эффект.

Актуальным остается вопрос времени введения адреномиметиков, дозирования и возможных комбинаций. Систематический обзор и метаанализ показали, что введение адреналина до прибытия в больницу было связано с увеличением риска неблагоприятного неврологического исхода при выписке из больницы, не влияя на выживаемость. Другие обсервационные исследования показали, что адреналин редко вводится на очень ранней стадии остановки сердца и использование адреналина на ранних этапах связано с лучшими результатами, чем более позднее использование его, но у пациентов с начальным ритмом, требующим разряда, введение адреналина в течение 2 минут после первой дефибрилляции может быть вредным. Высокие дозы адреналина не имели очевидного преимущества по сравнению со стандартными дозами адреналина, и более высокая выживаемость до выписки из больницы была связана с более длинными интервалами между введением адреналина.

Вазопрессоры и/или инотропы почти всегда назначаются вскоре после обнаружения шока. В части исследований была установлена связь введения адреналина, используемого изолированно или в сочетании с другими вазоактивными препаратами, с ускорением сердечного и почечного повреждения и увеличением смертности, что вызывает вопросы о безопасности этого лечения. В свою очередь, левосимендан в сочетании с норадреналином был связан с более выраженным положительным результатом в виде стабилизации показателей сердечно-сосудистой системы, а добутамин с норадреналином оказался прогностически равной альтернативой.

Заключение

Вопросы эффективности и вреда введения адреналина сопряжены с большим количеством ошибок. Степень воздействия отдельных вмешательств трудно оценима в условиях комплексного подхода к терапии. Например, трудно разделить влияние на результат интубации трахеи и инъекции адреналина, и любой положительный эффект адреномиметика может быть компенсирован вредом, причиненным интубацией трахеи, и наоборот. Необходимо дальнейшее изучение вопроса.

ОБЗОР ОБНОВЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ»

Елизарова Е.С., Белов А.В..

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

Актуальность

Частота эмболии околоплодными водами вариабельна в разных странах, но признанным уровнем считается примерно 1 случай на 20 000 родов. Разница в оценке частоты ЭАЖ связана с множеством факторов: методологией проведения исследований, отсутствием достоверных диагностических тестов и методик, отсутствием единой системы регистрации заболевания.

ЭАЖ составляет существенную часть материнской смертности в мире, а именно, в США – 7,6%, в Австралии – 8%, в Англии – 16%, в России (2015) – 8,2-10,3%. Большинство случаев ЭАЖ (70%) происходит во время родов, 19% - во время кесарева сечения и 11% - после вагинальных родов.

Цель

Оптимизировать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий ЭОВ.

Материалы и методы: Обзор клинических рекомендаций 2021 года по эмболии околоплодными водами, касающиеся различных аспектов данного вопроса: патогенеза, факторов риска, достижениями в области диагностики и лечения, анестезиологической и хирургической тактики, исходов и прогноза данного осложнения беременности и родов.

Результаты и заключение

Эмболия околоплодными водами характеризуется внезапным началом заболевания на фоне полного здоровья, либо после неспецифических продромальных симптомов. В зависимости от ведущего клинического симтомокомплекса при эмболии околоплодными водами классифицируются следующие типы развития патологии: сердечно-легочный коллапс и ДВС-тип.

Ведущий фактор в патогенезе возникновения ЭОВ – гуморальный ответ на биологически активные вещества, входящие в состав амниотической жидкости, проявляющийся анафилаксией или активацией комплимента, что приводит к развитию легочной гипертензии, кардио-пульмональному шоку и коагулопатии.

Критерий постановки ЭОВ основывается на триаде клинических симптомов: острая артериальная гипотония, острая гипоксия и коагулопатия, ДВС-синдром и массивное кровотечение при отсутствии других причин.

Не существует специфических гистологических маркеров ЭАЖ, интерпретация данных гисто- и цитологии должна оцениваться в совокупности с клинической картиной.

Интенсивная терапия при ЭАЖ включает в себя реанимационные и хирургические мероприятия, лечение коагулопатии и профилактику осложнений. Медикаментозное лечение характеризуется ограничением инфузионной терапии, внутривенным введением высоких доз глюкокортикоидов, применением препаратов, снижающих давление в системе легочных артерий и нормализующих функцию правого желудочка, применением антифибринолитиков, проведением трансфузии препаратов крови по показаниям.

При подозрении на ЭОВ хирургический гемостаз должен быть выполнен в течение 20 минут при наличии признаков массивной кровопотери. При остановке сердца у беременной в сроке ≥ 23 недель с эмболией амниотической жидкостью, необходимо провести немедленное родоразрешение в течение пяти минут.

При наличии в медицинской организации методики вено-артериальной ЭКМО рекомендовано рассмотреть возможность ее проведения у пациенток с ЭАЖ, при длительной СЛР или рефрактерной правожелудочковой недостаточности.

Раннее начало терапии при подозрении на ЭОВ – фактор определяющий прогноз для матери и плода.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ КОНТРАВЕРСИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Молчанов И.В.[1], Гридчик И.Е.[1], Гридчик А.Л.[2], Упрямова Е.Ю.[2], Дуб Н.В[3]

1 Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России»
2 ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»
3 Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского»

Актуальность

Несмотря на явные успехи в клинической профилактике и лечение акушерского сепсиса, достигнутые в последние 20 лет. Это грозное осложнение все ещё занимает 2-3 место среди причин материнской и младенческой смертности в Российской Федерации, уступая лишь смертности беременных от экстрагенитальных заболеваний. В 2020 году 20% беременных и родильниц с COVID-19 умирали от сепсиса и септи-

ческого шока, в первом полугодии 2021 – 36%. Остаются не решёнными вопросы возможной организационной профилактики смертности от сепсиса, прежде всего путём создания центров для интенсивной терапии пациенток этой группы.

Цель

Изучить динамику и факторы, определяющие частоту акушерского сепсиса в период с 1992 по 2020 год включительно в одном из самых крупных регионов Российской Федерации - Московской области.

Материал и методы исследования

Источниками статистическо материала была строка 20 «родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция: код по МКБ-10 O75.3,O85 формы федерального государственного статистического наблюдения No 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и данные из годовых отчётов ЛПУ родовспоможения. Число наблюдений акушерского сепсиса – 1052. Для оценки динамики акушерского сепсиса весь 28 летний период наблюдения разбит на четыре: 1992-2000, 2001-2009, 2010-2018, 2019-2020. В 1992-2020 годы в акушерских стационарах Московской области принято - 1 722 619 родов и выполнено 324756 операций кесарева сечения (18,9%). Частота операции кесарева сечения за 28 лет увеличилась в 3,4 раза с 7,8% в 1992 до 26, 4% в 2020 году.

Результаты и заключение

Московская область сохранила и развила материально-техническую базу учреждений здравоохранения родовспоможения. В 2014 году была принята региональная программа «Здравоохранение Подмосковья» на 2014 - 2020 годы» по которой было построено пять новых перинатальных центров в городах: Коломна, Щелково, Наро-Фоминск, Сергиев Посад, Раменское, помимо этого завершилось строительство двух новых акушерско-гинекологических комплексов в г. Пушкино и Железнодорожный.

В 2019-2020 годы в этих 7 учреждениях родовспоможения, в МОНИИАГ и еще в трёх перинатальных центрах в г. Балашиха, г. Люберцы, г. Видное принято 72% родов от всего числа родов в регионе и выполнено 89% всех операций кесарева сечения. В соответствие с трёх этапной схемой маршрутизации в перинатальных центрах родоразрешались беременные женщины группы высокого риска. При этих учреждениях третьего уровня, были организованы отделения реанимации и интенсивной терапии на 8-12 коек, оснащенные современной аппаратурой (аппаратами ИВЛ премиум-класса, аппаратурой для проведения заместительной печеной терапии и т.д.;), куда поступали беременные и родильницы из акушерских стационаров первого и второго уровня с осложнениями, в том числе с акушерским сепсисом. Сотрудники отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии перинатальных центров, регулярно повышали свой профессиональный уровень на конференциях, посвященных избранным вопросам и особенностям лечения пациенток акушерско-гинекологического профиля, проводимых в рамках Федерации анестезиологов-реаниматологов,

ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, «Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, Ассоциации анестезиологов и реаниматологов.

Выборочный ретроспективный анализ 186 историй болезни пациенток с акушерским сепсисом показал, что за 28 лет наблюдений принципы лечения акушерского сепсиса претерпели ряд изменений, соответствовавших изменениям произошедшим в лечении сепсиса в других областях, и в настоящее время соответствуют положениям, изложенным клинических рекомендаций «Септические осложнения в акушерстве» принятым в 2015 году(пересмотрены в 2017 г).

Заболеваемость родовым сепсисом и разлитой послеродовой инфекцией в Московской области (включая перитонит после кесарева сечения) снизилась в период 2019-2020 годов почти в 1700 раз по сравнению с 1992-2000 годов, составив соответственно 0,09 и 1,52 на 1000 родов. Тенденцию к снижению в 16 раз, имела заболеваемость родильниц перитонитом после кесарева сечения:

1992-2000 – 2,02 случаев на 1000 операций кесарева сечения, 2019-2020 – 0,13.

Смертность женщин от акушерского сепсиса снижалась постоянно, причем в период формирования отделений реанимации и интенсивной терапии во вновь построенных перинатальных центрах, она снизилась до нуля: 1992-2000 – 7 случаев;, 2001-2009 – 4 , 2010-2018 – 1;, 2019-2020 – 0 случаев.

Таким образом, снижение заболеваемости и смертности от акушерского сепсиса в Московской области, связано с укрупнением ЛПУ родовспоможения, с концентрацией в крупных учреждениях пациенток группы высокого риска, с формированием региональной службы критических состояний в акушерско-гинекологической практике, с повышением профессионализма персонала отделений реанимации и интенсивной терапии областных перинатальных центров путём получения необходимых компетенций за счёт большого клинического опыта.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Стрельникова Е.В., Гурбанова С.Р.

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

Отсутствие этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции (НКИ) является одной из основных причин высокой смертности больных.

Патогенез развития НКИ достаточно ясен. Ответ на инфекцию включает сложное взаимодействие цитокинового шторма, воспаления, эндотелиальной дисфункции и патологической коагуляции. Учитывая особенности патогенеза, важное место в составе патогенетического лечения пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции должны занимать методы экстракорпоральной гемокоррекции.

Согласно методическим рекомендациям РФ от 21.09.2021 у пациентов с тяжелым течением COVID-19 показанием к экстракорпоральному лечению является прогрессирующая дыхательная и/или полиорганная недостаточность.

За период с 25 апреля по 26 июня 2019 г в составе ковидного госпиталя НЦ АГиП им. В.И.Кулакова функционировали три инфекционных отделения и ОРИТ; проходили лечение 454 пациента, в отделении реанимации получали терапию 64 человека, из них методы экстракорпоральной гемокоррекции получили 24 пациента, которым суммарно на аппаратах Plasauto было проведено 110 процедур. Из них: плазмообмен – 45, гемосорбция цитокинов -17, гемособция ЛПС - 34, плазмообмен в сочетании с гемосорбцией цитокинов -3, плазмообмен в сочетании с гемосорбцией ЛПС -4, каскадная плазмофильтрация-2, продолжительная вено-венозная гемодиафильтрация -4, селективная мембранная плазмосепарация-1. Общая смертность по ковидному госпиталю составила – 2,2 %. Смертность среди реанимационных пациентов - 12,5%.

При проведении плазмообмена обьем плазмоэксфузии составлял 1 ОЦП. Замещение проводилось свежезамороженной донорской плазмой в соотношении 1:1. На фоне проводимого плазмообмена отмечено улучшение исходных показателей SOFA, заметное снижение маркеров воспаления (СРБ, ферритина, LDH, D-димера.), снижение потребности в вазопрессорах. В ряде источников мировой литературы подтверждантся, что плазмообмен может быть средством спасения жизни со статистически значимым преимуществом в плане выживаемости, сокращением времени госпитализации и почти вдвое меньшим временем разрешения синдрома высвобождения цитокинов.

Сорбция цитокинов проводилась с использованием колонок Cytosorb и Jafron HA330 как самостоятельная процедура, так и в контуре гемодиализа и гемофильтрации. Показанием для статрта терапии являлся уровень ферритина, превышающий 1000 мкг/л. Проводилось от 1 до 3 сеансов длительностью в среднем 2-6 часов, максимально – 24 ч при комбинированных процедурах. Скорость потока составляла 150-300 мл/мин.

У пациентов с тяжелой формой COVID-19 применение эффективной адсорбции цитокинов может улучшить прогноз пациентов на ранней стадии. 10 апреля 2020 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило использование сорбции цитокинов для экстренного лечения пациентов с COVID-19.

Селективная сорбция липополисахаридов использовалась при лечении септических осложнений НКИ, развивающихся вследствие бактериальной транслока-

ции грамотрицательной флоры и вторичной бактериальной инфекции. FDA утвердило возможность использования устройств для гемоперфузии, которые удаляют циркулирующий эндотоксин из кровотока, признавая наличие достаточных данных о безопасности и эффективности колонок при сепсисе.

В НЦ АГиП применялись колонки Эфферон ЛПС, Токсипак, Jafron HA 330. Показанием для начала сорбции липополисахарида являлось нарастание уровня СРБ более 50 мг/л и прокальцитонина более 2 нг/мл. Международные рекомендации по использованию массообменных устройств включают: раннее, своевременное начало – 2-6 часов после диагностики сепсиса; ЕАА >0,5 и концентрации ИЛ-6 в крови >600-800 пг/мл; или ЕАА >0,6.

На этапе эндотоксинемии нами проводилось 2 сорбции длительностью 2-6 часов с интервалом 24 часа. Максимальное количество на пациента составило 6 процедур. Проведение Сорбции ЛПС способствовало увеличению САД, снижению вазопрессорной зависимости, достоверному увеличению соотношения PaO2/FiO2, снижению тяжести органной дисфункции SOFA, что согласуется с данными ряда зарубежных исследователей.

Таким образом, использование экстракорпоральных методов при тяжелом и крайне тяжелом течении НКИ патогенетически обосновано. Они обладают комплексными эффектами и позволяют купировать развитие «цитокинового шторма» и других факторов патогенеза, нормализовать ряд жизненно важных функций, предотвратить или уменьшить степень тяжести органных нарушений. Тем не менее, необходимо проведение высококачественных исследований для того, чтобы четко понимать на каком этапе заболевания следует начинать терапию, каковы критерии выбора экстракорпорального метода лечения, какова оптимальная длительность терапии и какие осложнения можно ожидать при использовании различных устройств или методов, с указанием соотношения риска и пользы от использования экстракорпоральных методов лечения в различных клинических условиях.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ИСХОДНОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Аношин А.С., Михайлова О.И.

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

Перинатальный центр Европейского Медицинского Центра, г. Москва

Введение

Железодефицитная анемия (ЖДА) или манифестный дефицит железа (МДЖ) является одним из наиболее распространенных осложнений при беременности и в послеродовом периоде, оказывает неблагоприятное влияние на состояние матери, плода и новорожденного, что обусловлено снижением содержания железа в сыворотке крови и костном мозге и недостаточным его депонированием. В мире насчитывается 60 миллионов беременных, имеющих МДЖ. По некоторым данным, к концу беременности дефицит железа развивается в скрытой или в явной форме у всех без исключения беременных, что негативно влияет на состояние родильниц. В России частота МДЖ после родов составляет 25-30%.

Известно, что внутривенное введение препаратов железа является альтернативой пероральному. Однако, необходимо отметить, что при пероральном приеме повышение уровня гемоглобина наблюдается в среднем через 4 недели, а его нормализация – в течение 8-9 недель, а при парентеральном введении – уровень гемоглобина повышается в течение 1-2 недель. Кроме того, у беременных и родильниц с ЖДА умеренной и тяжелой степени особенно важным является быстрое восполнение дефицита железа и восстановление уровня гемоглобина с целью профилактики развития возможных осложнений, что можно достичь при помощи внутривенного введения препаратов железа.

Цель исследования

Оптимизировать профилактику осложнений после абдоминального родоразрешения при исходном железодефиците у беременных.

Материал и методы

Обследованы 47 беременных и родильниц с анемией средней степени тяжести (по классификации ВОЗ концентрация гемоглобина – 99-70 г/л), которым перед оперативным родоразрешением проведено внутривенное капельное введение в разовой дозе (500 мг железа) дважды за 5 дней и накануне (за 1 день) до кесарева сечения препарата Феринжект, представляющего собой макромолекулярный железо (III)-гидроксид углеводный комплекс. В акушерской практике при железодефитите широко

используется карбоксимальтозата железа, который сочетает в себе положительные свойства высокомолекулярных комплексов железа, не вызывая реакции гиперчувствительности, наблюдающиеся при применении препаратов, содержащих декстран.

Результаты исследования

Был проведен анализ жалоб женщин при беременности и после родоразрешения. Основными жалобами были: шум в ушах, мышечная слабость, головокружение, утомляемость, одышка при физической нагрузке. После проведенного курса лечения препаратом Феринжект жалобы на одышку и слабость исчезли у всех пациенток. При этом был достигнут как клинический эффект, так и нормализация гематологических показателей (уровень Hb, количество RBC, Ht, СЖ, ТФ, СФ, КНТ в сыворотке крови). У пациенток, получавших терапию анемии обнаружено статистически значимое повышение как гематологических показателей (Hb и количества RBC, Ht), так и показателей обмена железа в сыворотке крови: уровня СЖ, СФ, КНТ. Для объективной оценки эффективности лечения был подсчитан рост каждого показателя по отношению к исходному уровню, выраженный в процентах. Прирост средних значений исследованных показателей на фоне лечения соответствовал удовлетворительному результату лечения. Кроме того, отмечены статистически значимые различия в уровне показателей обмена железа и гемограммы после терапии препаратом Феринжект.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что железа карбоксимальтозат – эффективный препарат для лечения ЖДА у женщин при беременности для снижения осложнений в послеродовом периоде, позволяющий более быстро достичь целевых уровней гемоглобина. Лечение Феринжектом (карбоксимальтозатом железа) сопровождается быстрым и достоверно более выраженным увеличением уровней ферритина сыворотки и транспорта железа, что обеспечивает стойкое восполнение запасов железа, которые могут быть использованы для эритропоэза. Кроме того, при лечении карбоксимальтозатом железа пациентки смогут получить больше пользы от быстрой коррекции гемоглобина, особенно если необходимо введение доз до 1000 мг железа.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ РЕНИНФУЗИЯ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Голубев В.В., Безверхий А.А., Арабаджан С.М., Золотых О.С.

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

Цель

Сравнительный анализ эффективности использования методики интраоперационной аппаратной реинфузии аутоэритроцитов у беременных при операциях кесарево сечение.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ результатов интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов у 32 беременных (1 группа) при операциях кесарево сечение, сопровождающихся МАК и 15 женщин (2 группа) без применения реинфузии (различные противопоказания). Показанием к применению аппаратной реинфузии являлся обьем кровопотери 1,4-3,2 л

Результаты

Исходных нарушений показателей крови у беременных обеих групп отмечено не было. Всем пациенткам обеих групп проводилась инфузионно-трансфузионная терапия: сбалансированные кристаллоиды (стерофундин 1-1,5 л), коллоиды и свежезамороженная плазма (до 1 л). У пациенток 1 группы объем реинфузированных аутоэритроцитов составил 450-1500 мл. Реинфузия проводилась интраоперационно по стандартной методике. У женщин 2 группы потребовалось использование донорских компонентов крови, концентрат факторов протромбинового комплекса и фактор 7. При анализе данных у всех беременных обеих групп отмечались сопоставимые исходные показатели: гемоглобин = 118-127 г\л, гематокрит = 0,35-0,41 % и эритроциты = 3,2-3,9 10 12\л. После операции у пациенток 1 группы отмечались следующие показатели: гемоглобин = 97-102 г\л, гематокрит = 0,30-0,32 % и эритроцитов = 2,8-3,0 10 12\л. У женщин 2 группы наблюдались следующие показатели: гемоглобин = 108-112 г\л, гематокрит = 0,32-0,34 и эритроциты = 3,2-3,8 10 12\л. Использование методики интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов у беременных при операциях кесарево сечение с МАК позволило стабилизировать гемодинамические показатели и лабораторные данные в более ранние сроки. Продленная ИВЛ проводилась только пациенткам 2 группы в течение 2-17 часов после окончания хирургического гемостаза. Транексамовую кислоту вводили в дозе 15 мг\кг болюсом и далее по 5 мг\кг до полной остановки кровотечения, а СЗП в объеме не более 1 л. Криопреципитат использовали в дозе 1 доза на 10 кг массы тела. Чрезвычайно важным условием при проведении инфузионно-трансфузионной терапии является согревание пациенток

и переливание согретых инфузионных растворов, так как даже минимальная гипотермия может явиться причиной формирования гипокоагуляции

Заключение

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение методики интраоперационной аппаратной реинфузии аутоэритроцитов при массивной акушерской кровопотере позволяет минимизировать использование донорских компонентов крови, избежать синдрома массивных гемотрансфузий и улучшить течение послеоперационного периода

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С HELLP-СИНДРОМОМ

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

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

Цель

Анализ эффективности проводимой интенсивной терапии у пациенток с тяжелой формой HELLP-синдрома.

Материалы и методы

Проведен анализ интенсивной терапии 47 пациенток 25-38 лет с установленным диагнозом HELLP-синдром. Все пациентки были распределены на две группы: 1 группа (32 женщины), у которых диагноз HELLP-синдром был установлен во время беременности (в сроке 31-37 недель) и 2 группа (15 пациенток), у которых HELLP-синдром развился после родов.

Результаты

У всех обследуемых установлен HELLP-синдром на фоне тяжелой формы преэклампсии (артериальная гипертензия свыше 160\100 мм рт.ст.), отеки, протеинурия, анемия, тромбоцитопения, снижение уровня гаптоглобина, увеличение уровня ЛДГ более 700 Ед\л, повышение АСТ свыше 80 Ед\л, АЛТ более 140 Ед\л и креатинина свыше 100 Ед\л. Всем пациенткам согласно протоколам проводилась базовая терапия, направленная на лечение преэклампсии и профилактику эклампсии (сернокислая магнезия, клонидин, нифедипин). Всем пациенткам проводилась катетеризация эпидурального пространства, что позволяло на фоне симпатической блокады стабилизировать показатели гемодинамики на уровне 145-130\90-80 мм рт. ст. Инфузионная терапия проводилась только при адекватном диурезе для коррекции уровня электролитов в крови.

Постановка диагноза HELLP-синдром у беременных означала срочное оперативное родоразрешение по жизненным показаниям для женщины. В большинстве случаев использовалась регионарная анестезия (28 пациенток) и у 4 беременных проводилась общая анестезия, в связи с тромбоцитопенией (менее 70 тыс.Ед\мкл). Всем пациенткам 2 группы с послеродовым развитием HELLP-синдрома проводили объемный плазмаферез с удалением 2-3 л плазмы и возмещением 3-5 л донорской свежезамороженной плазмы и при показаниях альбумин. Пациенткам 1 группы после экстренного родоразрешения проводилась инфузионная терапия сбалансированными растворами, а при ухудшении состояния, нарастании интоксикации и увеличении уровня печеночных ферментов также проводился объемный плазмаферез. У всех пациенток обеих групп проведение объемного плазмафереза способствовало положительной динамики клинико-лабораторной показателей. Необходимо отметить, что при установленном HELLP-синдроме у беременных своевременное экстренное оперативное родоразрешение приводило к улучшению состояния, однако, при ухудшении необходимо проведение объемного плазмафереза сразу после родоразрешения. Снижение количества тромбоцитов менее 100 тыс.Ед\л, нарастание АЛТ, АСТ, ЛДГ и креатинина являются показаниями для проведения объемного плазмафереза.

Заключение

Проведенные исследования свидетельствуют об эффективности использования объемного плазмафереза в лечении HELLP-синдрома и устранении имеющихся нарушений метаболизма.

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЗИ В ВОПРОСЕ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КАУДАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ

Щеглов Б.О.

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

Цель

Оценка степени успешности проведения традиционной каудальной техники на основе ориентиров с использованием ультразвуковой визуализации.

Материалы и методы

Проведено проспективное обсервационное статистическое исследование параметров 21 ребенка в возрасте от 1 месяца до 5 лет, перенесших хирургические вмешательства с показанной каудальной блокадой. Оценены следующие параметры: визу-

ализация траектории движения кончика иглы в эпидуральном пространстве и время проведения манипуляции.

Результаты

Ультразвуковая визуализация продемонстрировала 81% успешность исправления положения кончика иглы и местного анестетика в эпидуральном пространстве. В качестве критериев успешного проведения медицинским специалистом каудальной блокады были приняты визуализация траектории движения кончика иглы с потоком местного анестетика в эпидуральном пространстве и время проведения манипуляции. Отрицательные результаты были связаны с недостатком опыта у врачей-ординаторов и наличия анатомических особенностей пациентов. Неправильно локализованные иглы в дальнейшем были успешно установлены с использованием ультразвуковой визуализации в реальном времени. Определено среднее время для подтверждающей ультразвуковой визуализации: оно составило 1 минуту 35 секунд со стандартным отклонением 0,3 и диапазоном временных интервалов 1-3 минуты.

Заключение

Каудальная эпидуральная анестезия - это часто выполняемая блокада регионарной анестезии у младенцев и детей младшего возраста. Традиционное введение иглы по ориентирам слепым способом остается нормой без ургентного объективного метода определения присутствия местного анестетика в эпидуральном пространстве. Однако ультразвуковая визуализация может быть использована для определения правильного размещения иглы в эпидуральном канале крестцового отдела и как средство, позволяющее облегчить последующее исправление размещения иглы.

УЛЬТРАЗВУК-АССИСТИРОВАННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ БЛОКАДЫ ПОЯСНИЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

Щеглов Б.О.

Лаборант лаборатории микрофизиологических систем Школы медицины Дальневосточного федерального университета
г. Магадан

Цель

Определение скорости достижения сенсорных изменений в распределении поясничного сплетения с определением эхо-ориентиров у несовершеннолетних пациентов.

Материалы и методы

Проведен проспективный анализ собранных данных по обеспечению качества с помощью электронных медицинских карт 11 пациентов, перенесших серьезную

ортопедическую операцию, которым была показана блокада поясничного сплетения для послеоперационной анальгезии с использованием катетера.

Результаты

Проведен статистический анализ 11 пациентов со средними показателями и диапазоном по возрасту 12,6 и 7–17 лет и весу 47,6 и 18,7–78,5 кг соответственно. Хирургические процедуры для исправления ортопедической патологии включали в себя периацетабулярную остеотомию, остеотомию таза и остеотомию проксимального отдела бедра. Средний объем раствора для инъекций анестетика составлял 0,5 мл / кг, что вызывало термические сенсорные изменения бедренного и латерального кожных нервов бедра у 10 (95% ДИ от 0,76 до 0,99) и 9 (95% ДИ 0,67-0,99) пациентов. Идентификация поперечного отростка, тела позвонка и поясничной мышцы произошла у всех пациентов (95% ДИ 0,86–1,0). Среднее время выполнения манипуляции составило 9 минут и 6 секунд с диапазоном от 2-13 минут. Медиана оценки боли по категориям тяжести в постанестезиологическом периоде составила: (0–3) 65%, (4–6) 30%, (> 7) 5%; через 0-12 часов: (0-3) 75%, (4-6) 20%, (> 7) 5%; через 12-24 часа: (0-3) 55%, (4-6) 45%, (> 7) 0%.

Заключение

Ультразвуковое наблюдение с использованием бокового изображения поперечного отростка, тела позвонка и поясничной мышцы позволяет практикующим врачам достигать нервов поясничного сплетения и с высокой вероятностью достичь блокирования сенсорной чувствительности у педиатрических пациентов с учетом эхо-ориентиров.

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИОННОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

Щеглов Б.О.

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

Цель

Цель исследования состоит в оценке корреляции церебрального артериального кровотока у пациентов детского возраста с помощью транскраниальной допплерографии и ЭЭГ.

Материалы и методы

Данное проспективное обсервационное исследование включает в себя оценку функциональных показателей 18 пациентов педатрического отделения (с возрастным диапазоном от 4 до 10 лет) под внутривенной анестезией при незначительных хирургических вмешательствах. У всех пациентов контролировались респираторные паттерны и церебральный кровоток.

Результаты

Для индукции использовался пропофол и фентанил; пропофол и ремифентанил при постоянной перфузии и однократная доза цисатракурия использовались для поддержания анестезии. Необработанные данные о показателях изменений респираторных и гематологических паттернов мозгового кровотока и электрофизиологического состояния головного мозга были подвергнуты статистической обработке посредством программной среды RStudo и языка программирования высокого уровня Python. Индекс сопротивления, индекс пульсации, средняя скорость и предполагаемый исходный церебральный кровоток рассчитывались по допплеровской сонограмме. Был проведен попарный корреляционный анализ между значениями, полученными при доплеровском исследовании, и биспектрального индекса (БИ), электроэнцефалографического состояния и энтропии ответа (ЭС и ЭО соответственно), процентого содержания углекислого газа в конце выдоха и температурой. Переменные были введены в логистическую регрессию и оценена их важность посредством метода ANOVA. Модель в период индукции показывала высокое сопротивление (низкие средние скорости и высокие индексы пульсации мозгового кровотока) до тех пор, пока не были достигнуты самые низкие значения БИ и ЭО 32 и 28, соответственно. Во время технического обслуживания картина доплеровской сонограммы была медленнее - происходила нормализация индекса пульсации, индекса сопротивления и средней скорости. Изменения расхода, абсолютной энтропии и значений БИ статистически значимо коррелировали (значения коэффициента r Пирсона составляли порядка >= 0,91); было порядка 95,6% совпадений между значениями показателей допплерографии и БИ и совпадение между значениями БИ и ЭС порядка 36-44. После фазы пробуждения скорости кровотока приблизились к исходным значениям в тот момент, когда ИС и ЭС поднялись до значений от 89 до 97. Расчетный церебральный кровоток претерпевал колебания, совпадающие с приблизительно одновременным увеличением или уменьшением БИ (r > 0,95); ответ БИ был немного задержан не более чем на минуту, но не было соответствующего отклика изменений энтропии.

Заключение

В данном исследовании представлены результаты по исследованию корреляционных зависимости ультразвуковой допплерографии от функциональной электрофизиологической активности головного мозга во время анестезии пропофолом. В результате установлено, что системы мониторинга наркоза можно рассматривать как косвенные показатели измерения мозгового кровотока; при этом БИ более

чувствителен к изменению мозгового кровотока. Транскраниальная допплерография позволяет наблюдать за изменениями кровотока, которые происходят на разных уровнях наркоза во время анестезии.

Организация медицинской помощи новорожденным

РОЛЬ КАБИНЕТА КАТАМНЕЗА РЕГИОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОМОЩИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

Грешилов А.А., Амирова В.Р., Каримова С.С., Идрисова Р.Г., Потехина Т.А., Богданова С.Ю., Газизова А.З., Шолохова А.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический перинатальный центр» Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа

Цель

Анализ результатов динамического наблюдения за детьми раннего возраста, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ с перинатальной патологией в условиях кабинета катамнеза .

Материалы и методы

В исследовании были включены состоявшие на учете в кабинете катамнеза 356 детей: 98 (27,5%) - с ЭНМТ, 219 (61,5%) - с ОНМТ и 39 (11,0%) - с весом более 1500 г. 91% детей с ЭНМТ и ОНМТ, выписанных из перинатального центра. Дети с ЭНМТ и ОНМТ в 12,0% случаев родились от многоплодной беременности; в 14,2% - с применением репродуктивных технологий.

Результаты

Кабинет катамнеза создан на базе перинатального центра в январе 2019 года с целью оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям раннего возраста, направленной на минимизацию неблагоприятных последствий врожденной и перинатальной патологии, снижение инвалидизации. На каждом приеме производится оценка физического развития ребенка с использованием дифференцированных по полу диаграмм INTERGROWTH-21st. На втором году жизни нормальное физическое развитие имеют 66,2% детей с ЭНМТ и 81,3%

детей с ОНМТ; наиболее неблагоприятный вариант физического развития (дефицит массы тела в сочетании с низким ростом) отмечен у 9,2% детей с ЭНМТ и 4,6% детей с ОНМТ. Практически здоровыми были 25,5% детей с ЭНМТ, и 36,1% детей с ОНМТ.

Для оценки психомоторного развития применяется шкала КАТ/КЛАМС (англ. CAT/CLAMS – The Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale), позволяющая раздельно оценить развитие макромоторики, формирование навыков решения наглядных (КАТ) и речевых задач (КЛАМС) всех детей первых 3 лет жизни.

Отклонения в неврологическом статусе проявлялись в нарушениях мышечного тонуса, вегето-висцеральных дисфункциях (срыгивания, спастические колики, нарушения сна, метеозависимость, "мраморность" кожных покровов), признаках внутричерепной гипертензии и гидроцефалии. На фоне проводимого комплексного лечения отмечалась компенсация неврологических нарушений. Грубая задержка психомоторного развития, детский церебральный паралич отмечались у 12,2% детей с ЭНМТ и 6,4 % детей с ОНМТ при рождении. К концу первого года жизни у некоторых детей отмечается частичная компенсация или тенденция к формированию стойких органических синдромов.

Комплексная оценка здоровья глубоко недоношенных детей на втором году жизни показала, что I группу здоровья имеют 14,3% детей с ЭНМТ и 17,6% детей с ОНМТ, II - 69,4 и 75,5%, III – 10,2 и 3,2%, IV - 4,1 и 3,2%, V - 2,0 и 0,5%.

Инвалидизирующие заболевания в группе детей с ЭНМТ регистрируются в 7,1%, в группе детей с ОНМТ- в 3,1%. В структуре инвалидности на первом месте находятся заболевания нервной системы (детский церебральный паралич), на втором - заболевания органов зрения (ретинопатия IV-V степени, атрофия зрительного нерва), на третьем - заболевания органов слуха.

Заключение

Катамнестическое наблюдение обеспечивает индивидуальное, комплексное, непрерывное медицинское сопровождение глубоко недоношенных детей. Проводимая динамическая оценка состояния здоровья детей первых трех лет жизни, консультативная помощь, профилактика и ранняя диагностика заболеваний и патологических состояний, коррекция лечения позволяет оказать значимую помощь практическим врачам амбулаторно-поликлинического звена, что, улучшает ближайший и отдаленный прогноз для их здоровья и качества жизни.

Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДОНОШЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ТРАНЗИТОРНОЕ ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЕННОГО» БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Калякова Н.В., Шестак Е.В., Додров Д.С.
Екатеринбургский клинический перинатальный центр
г. Екатеринбург

Цель

Анализ эффективности и безопасности тактики лечения доношенных пациентов ОРИТН с диагнозом ТТН без установки венозного доступа и проведения парентерального питания.

Материалы и методы

В исследовании 83 доношенных пациента ОРИТН с диагнозом ТТН и первичной оценкой ДН в 4 балла по шкале Downes. Основная (n=39), без венозного доступа и контрольная (n=44) группы, с венозным доступом и проведением парентерального питания.

Результаты

В результате сравнительного анализа по факторам риска антенатального и интранатального периодов достоверных различий не выявлено.

Объем респираторной поддержки в родовом зале между группами не отличался: искусственная вентиляция легких с помощью лицевой маски (p=0,8), CPAP терапия (p=0,3). Интубация пациентам в обеих группах не проводилась.

При поступлении пациентов в ОРИТН все пациенты потребовали проведения CPAP. Продолжительность CPAP была значимо ниже в основной группе, p≤0,001. В основной группе все дети получали зондовое питание с помощью грудного молока или адаптированной молочной смеси с первого часа жизни (0,87±0,2 часа), веноз-

ный доступ не устанавливался и парентеральное питание не назначалось. В группе контроля всем детям был установлен венозный доступ и назначено парентеральное питание в соответствии с клиническими рекомендациями по парентеральному питанию новорожденных. В 100% случаев у новорожденных отсутствовала энтеральная недостаточность. Таким образом, время начала энтерального питания быстрее в основной группе (0,87±0,2 часа против 2,16±0,5 часа соответственно), установлена статически значимая разница ($p \leq 0,05$).

В основной группе убыль массы тела к концу третьих суток в среднем определялась как 6,1±2,4%, что соответствует норме физиологической потери массы тела при рождении, в группе контроля 7,3±2,5%, что также соответствует норме, статистически значимой разницы не выявлено ($p \geq 0,05$).

Средняя продолжительность госпитализации в ОРИТН и общая продолжительность нахождения пациентов в стационаре оказалась значимо выше в группе контроля ($p \leq 0,001$ и $p \leq 0,05$ соответственно).

В ходе анализа историй болезни новорожденных основной группы, 23 (59%) ребенка были переведены из ОРИТН в неонатальное отделение (далее - НО) и выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки жизни, 16(41%) переведены в отделение патологии новорожденных (далее - ОПН), в то время как группе контроля 8 (18,2%) детей на 4-5 сутки выписались домой, а 36 (81,8%) пациентам потребовалось дополнительное лечение в условиях ОПН Вероятность госпитализации в ОПН детей выше в 6,5 раз при проведении парентерального питания и установке венозного доступа новорожденному, ОШ=6,469 95% ДИ [2,387-17,531].

Заключение

Исследование показало, что доношенным детям с диагнозом ТТН без венозного доступа требуется меньшее время проведения респираторной терапии CPAP в ОРИТН для купирования дыхательной недостаточности, а также достоверно ниже длительность нахождения в ОРИТН и общая продолжительность госпитализации. Вероятность госпитализации детей в ОПН выше в 6,5 раз при проведении парентерального питания и установке венозного доступа новорожденному.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ IL-8 И MCP-1 В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Никитина И.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Боброва А.М.[1], Кречетова Л.В.[1], Инвияева Е.В.[1], ЛёнюшкинаА.А[1].

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

2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) г. Москва

Цель

Установить диагностическую ценность цитокинов периферической крови, сравнить с лабораторными маркёрами воспаления у новорождённых с дыхательными нарушениями (ДН)

Материалы и методы

108 детям с ГВ ≤ 36,6 недель, поступившим в ОРИТН из-за ДН в 1-е часы жизни, на 1, 3, 7 сутки жизни проведено исследование цитокинового профиля плазмы периферической крови, лабораторное обследование. В зависимости от генеза ДН, дети разделены на 2 группы: I - ДН из-за врожденной инфекции (врождённая пневмония, n=56, II – ДН из-за РДС или ТТН,n=52

Результаты

Группы были сравнимы по ГВ, антропометрическим данным и оценкам по шкале Апгар. Анализ показателей стандартного клинико-лабораторного обследования не выявил статистически значимых различий между группами за исключением уровня СРБ и абсолютного числа тромбоцитов на 3 сутки жизни. В то же время, сравнение динамики уровней цитокинов у новорожденных I и II групп показало, что в 1 сутки жизни у детей группы I по сравнению с новорождёнными группы II отмечался более высокий уровень IL-8 (p=0,01), на 3 и 7 сутки жизни – более высокие уровни IL-8 и MCP-1 (p<0,05). По данным ROC-анализа диагностическая значимость IL-8 и MCP-1на 3 с/ж сопоставима с таковой при исследовании СРБ (площадь под кривой (AUC) - 0,72; 0,68; 0,72; p=0,003; 0,02; 0,003 для Il-8, MCP-1, СРБ, соответственно); и в отличие от СРБ сохраняется на 7с/ж: IL-8 (AUC – 0,67; p=0,038), при пороговом значении

5,8 пг/мл Se=82%, Sp =55%; MCP-1 (AUC– 0,75; p=0,002), при пороговом значении 28,8 пг/мл - Se=79%, Sp=60%.

Наиболее высокие значения Il-8 и MCP-1 наблюдалось у новорождённых с последующим развитием некротизирующего энтероколита (НЭК). ROC-анализ в отношении НЭК показал высокую прогностическую значимость Il-8 и MCP-1 на 7 сутки жизни: IL-8 (AUC– 0,94; 95%; p=0,001), при пороговом значении 32,1 пг/мл - Se- 83%, Sp– 93,7%; MCP-1 (AUC– 0,95; p<0,001), при пороговом значении 102 пг/мл - Se =100%, Sp – 84%.

Заключение

Il-8 явился наиболее ранним маркером реализации инфекционного процесса, повышение которого регистрировалось с первых и сохранялось до седьмых суток жизни. Сохранение уровней IL-8 и MCP-1 на 7 сутки жизни выше пороговых явилось значимым индикатором персистирующей воспалительной реакции и развивающегося НЭК

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО СО СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ

Никитина И.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Брагина О.Н.[1], Припутневич Т.В.[1], Ленюшкина А.А[1].

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

2. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России г. Москва

Цель

Определить значимость микробиологического исследования (МИ) посева со слизистой носоглотки и ЖКТ в первые сутки жизни (1 с/ж) у детей с гестационным возрастом (ГВ) ≤ 32 недель

Материалы и методы

У 70 детей ГВ ≤32 недель, поступивших в 1 с/ж в ОРИТNo2 с января 2020 по апрель 2021 года, взяты отделяемое со слизистой зева и ЖКТ, кровь для проведения МИ. Исключены 13 детей с неполным обследованием. По результатам дети разделены

на 2 группы: группа I (10 детей)–есть рост условных патогенов (УП) в посевах из зева/ЖКТ, группа II (47 детей)–нет роста

Результаты

Сравниваемые группы не различались по антропометрическим данным, оценкам по шкале Апгар, NEOMOD и nSOFA. Доля детей, родившихся путем операции кесарево сечение, и охват антенатальной стероидной профилактикой в обеих группах были были сопоставимы. Различий в частоте развития врожденных инфекций (сепсиса и/или пневмонии) не было (8/10 vs 36/47, p>0,05). Также не различалась частота летальных исходов и развития осложнений. Частота совпадения штаммов УП при положительных гемокультурах с результатами посевов отделяемого со слизистой зева/ЖКТ у детей группы I составила 50% (у 1 ребёнка из 2-х (Escherichia coli)). В группе II положительная гемокультура (Enterococcus spp.) выявлена у 1 из 36 новорожденных. Наиболее часто определяемыми УПМ при МИ отделяемого со слизистой зева/ЖКТ были грибы рода Candida, Escherichia coli, и Staphylococcus epidermidis, изолированно или в ассоциации с другими микроорганизмами. Рост грибов рода Candida spp отмечен у 3-х новорождённых и во всех случаях сопровождался развитием врождённых инфекций, при этом гемокультура во всех случаях была отрицательной. По данным логистического регрессионного анализа наличие роста Escherichia coli и/или Candida spp. в посевах отделяемого со слизистой зева/ЖКТ имеет прямую связь с вероятностью развития врождённой инфекции. Диагностическая эффективность прогностической модели составила 94,7%, чувствительность и специфичность - 96% и 67%, соответственно. Статистически значимой взаимосвязи роста остальных микроорганизмов в посевах отделяемого со слизистой зева и ЖКТ с развитием ранних неонатальных инфекций не выявлено

Заключение

Рост УПМ в микробиологических посевах со слизистой ВДП и ЖКТ, взятых в 1-е с/ж, отмечался у 17,5% новорождённых ГВ ≤32 недель. Выявлены характерные патогены высокого риска (Escherichia coli, Candida spp.), которые статистически значимо ассоциированы с реализацией врождённых инфекций

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СТРАТЕГИИ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЁННЫХ

Шестак Е.В., Ковтун О.П.

Екатеринбургский клинический перинатальный центр
г. Екатеринбург

Цель

Провести анализ респираторной стратегии пациентов с ТТН и выделить группу риска по формированию наиболее тяжелого варианта течения болезни.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ доношенных новорождённых Екатеринбургского клинического перинатального центра за 2020 год с диагнозом ТТН (n=201). Проведён сравнительный анализ 3х групп пациентов, выделенных в соответствии с маршрутизацией из родового зала.

Результаты

Проведённый сравнительный анализ доношенных пациентов с диагнозом ТТН позволил особо выделить группу пациентов, переведённых из ПИТ в ОРИТН. Эти младенцы демонстрировали самое тяжёлое течение ТТН и большую продолжительность госпитализации среди всех исследуемых групп. Обращают на себя внимание три момента: оценка по шкале Доунса, респираторная стратегия в родовом зале методом CPAP и в условиях ПИТ методом HFNC. Мы видим, что пациентам группы 3 с оценкой по шкале Доунса в 2 балла CPAP в родовом зале проведён в 80,3% случаях, и они избежали госпитализации в ОРИТН. Все пациенты с оценкой в 5 баллов по шкале Доунса из группы 1 госпитализированы в ОРИТН из родового зала, несмотря на CPAP терапию. Группе самых тяжёлых пациентов (группа 2) при средней оценке по шкале Доунса в 3 балла в родовом зале CPAP проведён только в 9 (29%) случаях. Далее они были госпитализированы в ПИТ, где в течение первых часов продемонстрировали нарастание дыхательной недостаточности. В условиях ПИТ 9 (29%) пациентам проведена непродолжительная респираторная поддержка методом HFNC в течение 2 (1-3) часов, которая оказалась неэффективной, и дети были переведены в ОРИТН, причём двое из этой группы на ИВЛ. Стоит заметить, что пациентам, избежавшим госпитализации в ОРИТН, респираторная поддержка методом HFNC проводилась более длительное время – 8 (5,5-11,5) часов, и оказалась эффективной. Дети из группы 2 оказались пациентами так называемой «серой зоны», на тяжесть состояния которых, очевидно, повлияло отсутствие проведения CPAP в родовом зале и раннее отлучение от HFNC терапии в условиях ПИТ.

Заключение

Результаты проведённого исследования доказали следующее: 1. доношенные пациенты с ТТН, госпитализированные из неонатального отделения в ОРИТН демонстрируют самое тяжёлое течение заболевания; 2. оценка дыхательной недостаточности в 3 балла по шкале Доунса на этапе родового зала является признаком неблагоприятного течения ТТН и высокой вероятности госпитализации в ОРИТН; 3. на тяжесть состояния пациентов с ТТН непосредственно влияет отсутствие проведения CPAP в родовом зале и продолжительность терапии высокопоточными канюлями в условиях неонатального отделения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЁННЫХ

Шестак Е.В., Ковтун О.П., Ксенофонтова О.Л.

Екатеринбургский клинический перинатальный центр
г. Екатеринбург

Цель

Анализ факторов риска определяющих тяжесть течения ТТН у доношенных новорождённых и прогнозирование тактики их лечения.

Материалы и методы

Критерии включения: доношенные новорождённые, с диагнозом ТТН, которым проводилась респираторная поддержка любого вида в первые часы жизни. Критерии исключения: Инфекции и ВПР. Пациенты разделена на 2 группы в соответствии с маршрутизацией по отделениям из родового зала: В ОРИТН (n=109) и ПИТ неонатального отделения (n=92).

Результаты

Общеизвестная частота развития ТТН составляет 1-2% среди поздних недоношенных и доношенных детей, но по результатам настоящего исследования цифра оказалась выше - 6,5% только среди доношенных детей. Такой рост заболеваемости, мы связываем с более высокой частотой соматической и акушерской патологии у беременных, находящихся в перинатальном центре. С увеличением частоты материнской патологии нарастает и число факторов риска ТТН, которые оценивались в исследовании.

Анализ общей группы пациентов показал наличие как уже известных факторов риска развития ТТН, так и группы критериев в анамнезе беременности и родов, которые встречаются достаточно часто: ОРЗ; Covid-19; ЭКО; дистресс плода; родовоз-

буждение; ребёнок из двойни. Требуются дальнейшие исследования, направленные на изучение влияния этих факторов риска по отдельности и в сочетании друг с другом на развитие ТТН и его тяжесть.

Проведённый сравнительный анализ групп показал, что предикторами тяжести состояния и госпитализации в ОРИТН из родового зала пациентов с ТТН, можно считать следующие факторы: родоразрешение путём касарева сечения (p=0,012), низкая оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте (p=0,015 и p=0,033 соответственно), оценка по шкале Доунса в 4-5 баллов (p=4×10-18), а также потребность в масочной ИВЛ (p=0,014) и CPAP (p=4×10-10) на этапе родового зала.

Заключение

Результаты исследования доказали высокую частоту регистрации ТТН у доношенных детей, позволили выявить факторы риска тяжёлого течения ТТН и госпитализации в ОРИТН. Выводы данного исследования будут использованы авторами в проведении дальнейшего ретроспективного анализа пациентов с ТТН, а также проспективного исследования по оптимизации респираторной стратегии у доношенных пациентов с ТТН на этапе родового зала.

Энтеральное и парентеральное питание новорожденных

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМИ ОРГАНАМИ С УЧЕТОМ СОВМЕСТИМОСТИ С ХИМИО- И ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Макиева М.И., Никифирова Е.А., Ахапкина Е.С.
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, г. Москва

Цель

Актуализировать схему совместимости терапии беременных женщин с трансплантированными органами и онкологическими заболеваниями с грудным вскармливанием новорождённых.

Материалы и методы

Был изучен спектр используемых препаратов для лечения онкологических заболеваний и после трансплантации органов у беременных женщин, наблюдавшихся в Центре с 2005 по 2019 год. Совместимость применяемых лекарственных препаратов была актуализирована с использованием медицинской литературы и интернет-источника «e-lactancia.org».

Результаты

Известно, что, что у 2/3 женщин после специфической иммуносупрессивной и химиотерапии во время беременности лактация снижена или вовсе отсутствует. Лишь у 1/3 женщин после прохождения курсов полихимиотерапии (ПХТ) не возникает проблем с последующим грудным вскармливанием. Ни стадия заболевания, ни возраст матери, ни гестационный возраст ребенка на момент завершения хими-

отерапии, ни количество дней между завершением химиотерапии и родами существенно не влияют на успех грудного вскармливания.

В исследовании были изучены особенности терапии 49 женщин с диагностированным раком молочной железы (РМЖ) во время беременности, 29 женщин с лимфо-миелопролиферативными заболеваниями и 46 женщин, забеременевших после трансплантации органа (печень, почка). 43 женщинам с раком молочной железы было проведено от 1 до 6 курсов ПХТ во время беременности с использованием цитостатических препаратов: Доксорубицин, Фторурацил, Циклофосфамид, Эпирубицин, еще 3 проходили курсы монотерапии Паклитакселом. Матери с миело- или лимфопролиферативными заболеваниями получали ПХТ с использованием тех же самых препаратов, что и женщины с РМЖ, а также с применением Винбластина, Винкристина, Блеомицина, Этопизида и Прокарбазина. У матерей с В-клеточной неходжскинской лимфомой в лечении использовался также Ритуксимаб. Терапия лейкозов проводилась препаратом Иматинибом. При проведении противоопухолевого лечения всем женщинам проводилась поддерживающая терапия противорвотными, антианемическими препаратами, а также антикоагулянтная терапия низкомолекулярным гепарином в профилактических дозах.

У женщин с трансплантированными органами до наступления беременности чаще всего применялась трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия, состоящая из Метилпреднизолона, Микофенолата мофетила и Циклоспорина или Такролимуса. С наступлением беременности отменялся Микофенолата мофетил, как наиболее тератогенный препарат, уменьшалось количество одновременно назначенных препаратов. Во время беременности и в раннем послеродовом периоде чаще всего женщины получали двухкомпонентную схему: Метилпреднизолон с Циклоспорином или Такролимусом.

Все применяемые препараты были отнесены в разные группы по совместимости с грудным вскармливанием в соответствии с их категорией безопасности.

Заключение

Если в послеродовом периоде иммуносупрессивная терапия не планируется, кормление грудью не противопоказано. Метилпреднизолон, Такролимус и Циклоспорин относятся к категории препаратов «очень низкого риска» опасности для новорожденного и не препятствуют грудному вскармливанию. Все препараты исследования в лечении онкологических заболеваний относятся к «высокому риску» опасности для новорожденного и не совместимы с грудным вскармливанием. Только препарат из группы моноклональных антител Ритуксимаб по современным данным безопасен для применения во время лактации.

Болезни новорожденных

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ МЕНЕЕ 32 НЕДЕЛЬ

Каледина Е.Я., Ипполитова Л.И., Логвинова И.И.
Воронежский государственный медицинский университет г. Воронеж

Цель

Цель нашего исследования изучить частоту развития острого повреждения почек у недоношенных новорожденных, родившихся в сроке гестации менее 32 недель.

Материалы и методы

Группу исследования составили 336 недоношенных новорожденных, родившихся в сроке гестации от 24 до 32 недель гестации, имевшие одно измерение креатинина в первые сутки после рождения и два измерения в течение 7 дней на протяжении 28 дней постнатально. Критерием постановки стадии ОПП явилась неонатальная модификация классификации KDIGO.

Результаты

В группу с острым повреждением почек (ОПП) вошли 209 недоношенных новорожденных, у которых уровень креатининан повышался на 26 мкмоль/л в течение 48 часов или более чем в 1,5 раза в течение 7 дней или если сывороточный креатинин повышался более 221 мкмоль/л на протяжении 28 суток после рождения. Группу сравнения составили 127 недоношенных новорожденных без ОПП, выявленного в первые 28 дней после рождения. Все новорожденные получали инфузионную терапию с первых суток жизни, респираторную поддержку в связи с развитием респираторного дистресс синдрома. Первую стадию ОПП имели 114 новорожденных - 54, 5%, вторую стадию - 72 (34, 4%), третью стадию - 23 (11, 0%), различия по частоте встречаемости достоверно значимы (x2 =12,5 df-2 p=0,00191). Срок гестации в группе новорожденных с ОПП составил 27,5 недель (95% ДИ 27,2-27,8), масса при рождении 1036 (95% ДИ 995,0-1078,7), в группе сравнения срок гестации составил 28,2 (95% ДИ 27,8-28,5), масса при рождении 1089, 4 (95% ДИ 1036,6-1142,2). В группе с ОПП новорожден-

ные имели более низкий срок гестации (p=0, 007), по массе и полу различий между группами не было. Число умерших новорожденных наблюдалось больше в группе с ОПП и составило 20,1% (n=42), в группе без ОПП - 7,1% (n=9), (x2-10,4; p=0,002). Анализ факторов течения беременности и родов показал, что в группе недоношенных новорожденных, развивших ОПП чаще наблюдалась ослойка плаценты (x2=4,43; p-0,035), низкая оценка по шкале Апгар на первой минуте при рождении (x2=6,14; p=0,013). После рождения в группе новорожденных с ОПП чаще наблюдались внутрижелудочковые кровоизлияния 3 степени (x2=6,46 с поправкой Йетса, p=0,01), тяжелая анемия (p=0,023) и потребность в гемотрансфузии (p=0,0003). Новорожденные развившие ОПП, чаще получали в плане лечения нефротоксичные препараты, такие как гликопептиды (ванкомицин) (x2=18,6; p<0,05), петлевые диуретики (фуросемид) (x2=0,004;, p=0,003). Назначение кардиотонических препаратов дофамина, добутамина было чаще в группе новорожденных с острым почечным повреждением.

Заключение

Таким образом, недоношенные новорожденные, родившиеся в сроке гестации менее 32 недель, имеющие очень низкую и экстремально низкую массу тела, имеют высокую частоту развития острого повреждения почек после рождения, Динамическое наблюдения уровня креатинина в сыворотке крови позволит выявить новорожденных с риском развития острого повреждения почек на ранних стадиях, оценить риск назначения нефротоксичных прерапатов и улучшить клинический исход.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ЦЕНТРАХ, МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Наумов А.Б., Марченко С.П., Скарлатеску Е., Невмержицкая О.В., Черномордова А.В., Заря И.О., Хубулава Г.Г.

Городской перинатальный центр No1
г. Санкт-Петербург

Цель

Сравнительный анализ эффективности образовательного цикла «Острые гемодинамические нарушения» в специализированных российских и зарубежных центрах.

Материалы и методы

В выборку пилотного исследования вошли специалисты: 7 неонатологов из Городского перинатального центра No1, кардиологи, анестезиологи, кардиохирурги. Критерием оценки являлся тест «Диагностика острых гемодинамических нарушений», разработанный образовательным центром GIGANODE.ORG.

Результаты

Слушатели образовательного курса улучшили за свои знания в среднем на 32.13 балла (95% ДИ: 51.92 – 84.05, $t(37)=12.8$, $p<0.001$, $r=0.83$). Данные по отдельным специальностям слушателей: врачи анестезиологи улучшили свои знания на 27.4 балла (95% ДИ: 58.2 – 85.6, $t(10)=5.74$ $p<0.001$, $r=0.9$); врачи кардиохирурги улучшили свои знания на 20.63 балла (95% ДИ: 61.5 – 82.13, $t(8)=3.90$ $p=0.006$, $r=0.85$); врачи кардиологи улучшили свои знания на 33 балла (95% ДИ: 52 – 85, $t(4)=3.83$ $p=0.031$, $r=0.94$); врачи неонатологи улучшили свои знания на 44.43 балла (95% ДИ: 42.14 – 86.57, $t(7)=12.37$, $p<0.001$, $r=0.96$).

Заключение

1. Исходный уровень знаний по диагностике острых гемодинамических нарушений (средний балл по исходным знаниям среди специальностей: анестезиологи – 58.2, сердечно-сосудистые хирурги – 61.5, кардиологи – 52, неонатологи – 42.14).

2. Несмотря на пилотный характер исследования, величина эффекта 0.83 показала, что образовательный цикл по диагностике острых гемодинамических нарушений является актуальной образовательной задачей в специализированных российских и зарубежных центрах.

СИСТЕМНАЯ ГИПОПЕРФУЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДУГИ АОРТЫ

Невмержицкая О. В., Чупаева О. Ю., Наумов А. Б., Терешенко О. Ю., Черномордова А. В., Селиверстова А. А., Марченко С. П., Хубулава Г. Г.

Городской Перинатальный центр No1
г. Санкт-Петербург

Цель

Оценить гемодинамические показатели, отражающие степень тяжести нарушения системной перфузии до и после хирургической коррекции патологии дуги аорты

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 33 пациентов грудного возраста с патологией дуги аорты. Проанализировано влияние различных факторов риска развития ОСН перед

операцией (без нарушения гемодинамики, с признаками системной гипоперфузии и с признаками гиперволемии малого круга кровообращения).

Результаты

Анализ частоты встречаемости признака системной гипоперфузии с результатами хирургического лечения показал, что существует корреляционная связь между признаком системной гипоперфузии с неблагоприятным исходом. Она является прямой, средней степени (R=0,645, p=0,0001, чувствительность 61,1%, специфичность 100%, $\chi2$=17,7, p=0,0001, относительный риск 2,5; 95%ДИ 1,4-4,5). Так же была обнаружена прямая корреляционная связь средней силы системной гипоперфузии с развитием острого повреждения почек (R=0,51, p=0,003, чувствительность 100 %, специфичность 40 %, $\chi2$=8,369, p=0,006; относительный риск 0,6; 95%ДИ 0,397-0,907). Наличие эпизодов снижения доставки кислорода в анамнезе имело корреляционную связь средней силы с неблагоприятным исходом (R=0,41, p=0,021, чувствительность 47,6%, специфичность 91,7%, $\chi2$=5,3, p=0,27, относительный риск 10; 95%ДИ 1,08-91,9). Выявлена прямая корреляционная связь слабой силы неблагоприятного исхода с экстренным вмешательством (R=0,367, p=0,036, чувствительность 42%, специфичность 100%; $\chi2$=4,4, p=0,04, относительный риск 1,7; 95%ДИ 1,24-2,4). Выявлена прямая корреляционная связь экстренного вмешательства с необходимостью проведения ИВЛ более 5-ти суток (R=0,387, p=0,026, чувствительность 61,5%, специфичность 85,7%, $\chi2$=4,93, p=0,035, относительный риск 9,6; 95%ДИ 1,0-91,964).

Заключение

1. При наличии системной гипоперфузии до поступления в стационар риск развития ОСН увеличивается в 10 раз (95%ДИ 1,08-91,9), при рождении в стационаре риск развития ОСН после операции увеличивается в 2,5 раза (95%ДИ 1,4-4,5). 2. Существует зависимость исходов лечения от веса у больных, оперированных в условиях ИК по экстренным показаниям (AUC=0,779, p=0,04 95% ДИ=0,62-0,92). Критическое значение веса пациента (индекс Йодена) составило 2700 г, при чувствительности 67% специфичности 78%.

ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДУГИ АОРТЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ

Невмержицкая О. В., Чупаева О. Ю., Наумов А. Б., Терешенко О. Ю., Черномордова А. В., Селиверстова А. А., Марченко С. П., Хубулава Г. Г.

Городской Перинатальный центр No1
г. Санкт-Петербург

Цель

Оценить гемодинамические показатели, отражающие степень тяжести нарушения системной перфузии до и после хирургической коррекции патологии дуги аорты.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 33 пациентов грудного возраста с патологией дуги аорты, плановые вмешательства выполнены у 21,2%. В условиях ИК было оперировано 15 (45,5%) в первой группе. Без ИК было оперировано 18 (54,5%) первой группы.

Результаты

Анализ частоты встречаемости признака системной гипоперфузии с результатами операции показал, что существует корреляционная связь между признаком системной гипоперфузии с неблагоприятным исходом (R=0,645, p=0,0001, чувствительность 61,1%, специфичность 100%, $\chi2$=17,7, p=0,0001, относительный риск 2,5; 95%ДИ 1,4-4,5). Обнаружена прямая корреляционная связь системной гипоперфузии с развитием острого повреждения почек (R=0,51, p=0,003, чувствительность 100 %, специфичность 40 %, $\chi2$=8,369, p=0,006; относительный риск 0,6; 95%ДИ 0,397-0,907). Наличие эпизодов снижения доставки кислорода в анамнезе имело корреляционную связь средней силы с неблагоприятным исходом (R=0,41, p=0,021, чувствительность 47,6%, специфичность 91,7%, $\chi2$=5,3, p=0,27, относительный риск 10; 95%ДИ 1,08-91,9). Выявлена прямая корреляционная связь слабой силы неблагоприятного исхода с экстренным вмешательством (R=0,367, p=0,036, чувствительность 42%, специфичность 100%; $\chi2$=4,4, p=0,04, относительный риск 1,7; 95%ДИ 1,24-2,4). Выявлена прямая корреляционная связь экстренного вмешательства с необходимостью проведения ИВЛ более 5-ти суток (R=0,387, p=0,026, чувствительность 61,5%, специфичность 85,7%, $\chi2$=4,93, p=0,035, относительный риск 9,6; 95%ДИ 1,0-91,964).

Заключение

1. При наличии системной гипоперфузии до поступления в стационар риск развития ОСН увеличивается в 10 раз (95%ДИ 1,08-91,9), при рождении в стационаре риск

развития ОСН после операции увеличивается в 2,5 раза (95%ДИ 1,4-4,5). 2. Существует зависимость исходов лечения от веса у больных, оперированных в условиях ИК по экстренным показаниям (AUC=0,779, p=0,04 95% ДИ=0,62-0,92). Критическое значение веса пациента (индекс Йодена) составило 2700 г, при чувствительности 67% специфичности 78%.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МИОКИНА ИРИЗИН У МАЛОВЕСНЫХ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ СРОКУ ГЕСТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Прилуцкая В.А., Король-Захаревская Е.Л., Гончарик А.В.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Цель

Проанализировать особенности содержания миокина иризин у маловесных и соответствующих сроку гестации доношенных новорожденных детей.

Материалы и методы

Обследовано 49 новорожденных.Группа 1 (Гр1) - 24 маловесных к сроку гестации (МТ 2470 [2180; 2635]г, перцентили МТ 8,4 [2,9; 9,7]), группа 2 (Гр2) – 25 соответствующих сроку гестации (МТ 3380[3260; 3620]г, перцентили МТ 66,8[51,1;79,9]). В пуповинной крови определяли иризин,холестерин,триглицериды(ТГ),ЛПВП и ЛПНП.

Результаты

Содержание иризина пуповинной крови составило 325 [301; 470] нг/мл у младенцев Гр1 и 400 [290; 460] нг/мл у новорожденных Гр2, p=0,699. Уровни иризина пуповинной крови у младенцев, рожденных естественным путем, были статистически значимо выше, чем у пациентов после абдоминального родоразрешения (410 [350; 640] нг/мл против 305 [280; 410] нг/мл, p=0,010). Не выявлено значимых различий при анализе уровня иризина с учетом половой принадлежности детей (p=0,382). При проведении корреляционного анализа выявлены статистически значимые (p<0,05) ассоциации иризина и МТ (rs=0,385), перцентилей МТ (rs=0,459), z-score МТ (rs=0,458) маловесных новорожденных. Установлены взаимосвязи уровня иризина и ТГ пуповинной крови в Гр1 (rs=-0,610, p=0,009) и Гр2 (rs=-0,405, p=0,027).

Заключение

Полученные результаты подтверждают гипотезу о физиологической роли иризина у новорожденных. Установлены различия содержания иризина между группами с учетом способа родоразрешения. Показаны взаимосвязи уровней иризина и ТГ пуповинной крови. Выявлены ассоциации иризина и МТ маловесных к сроку гестации

младенцев. Целесообразно дальнейшее проведение исследований для оценки особенностей миокинового статуса новорожденных детей с различной МТ при рождении.

НЕОНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID19 У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)

Пустабаева М.С., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Садовая А.С., Товкань Е.А., Саркисян К.В.

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, ГБУЗ СК Краевая детская клиническая больница
г. Ставрополь

Цель

изучить особенности течения Covid-19 у новорожденных Ставропольского края в зависимости от пути передачи инфекции.

Материалы и методы

проспективно проанализировано 35 случаев контакта по Covid 19; диагноз устанавливался методом ПЦР РНК SARS-CoV-2 у новорожденных детей за период 3 месяцев 2021 года. Дети были разделены на 2 группы: I группа – 23 (65,7%) ребенка с контактным путем инфицирования и II группа – 12 (34,3%) детей с вероятным вертикальным путем передачи.

Результаты

Дети I группы поступали из дома с проявлениями острой респираторной вирусной инфекции, с отягощенным эпидемиологическим анамнезом по Covid 19 в среднем на 15 день жизни (от 7 дня по 23 день) и на 4-6 сутки от заболевания первого из членов окружения новорожденного. Течение болезни у ребенка чаще начиналось с подъема температуры до фебрильных цифр, ринореи, реже отказа от питания, диспепсических проявлений. У 18 (78,0%) детей со средне – и тяжелым течением болезни на рентгенограмме органов грудной полости выявлена пневмония, подтвержденная компьютерной томографией легких на 5-7 сутки. Соответственно, у 5 (22,0%) новорожденных течение заболевания расценивалось как легкое с изолированными назофаренгиальными проявлениями и гипертермией. У 2(8,7%) детей развилась критическая форма Covid 19 с прогрессирующим мультисистемным воспалительным синдромом с последующим летальным исходом. Новорожденные II группы, родились от матерей с клиническими проявлениями Covid 19 различной степени тяжести с подтвержденным ПЦР на момент родов. Течение исследуемого заболевания у 4(3,3%) рожениц расценивалось как критическое и их родоразрешение было проведено путем кесарева сече-

ния, 8 (66,7%) детей родились естественным путем от матерей с легкими и среднетяжелыми проявлениями Covid 19. Бессимптомного течения заболевания не отмечено ни у одной из матерей исследуемой группы. Новорожденные данной группы на момент родоразрешения были сразу изолированы, не получали грудное молоко, диагноз Covid 19 не подтвержден ПЦР исследованием в первые сутки жизни. Условно здоровыми новорожденными было 3 (25,0%) детей, у 5 (42,0%) детей диагностирована внутриутробная пневмония средней тяжести, у 4 (33,0%) детей развились проявления прогрессирующей системной инфекции без идентификации характерных внутриутробных для перинатального периода возбудителей, но с патогномоничными клинико-лабораторными проявлениями Covid 19 (геморрагические синдром в виде ВЖК, гематомезиса, мелены, с повышением Д-димера, фибриногена, СРБ, ПКТ, лейкопенией) в среднем после 3-5 суток жизни, 2 (1,7%) из этих детей повторно обследованы и получен положительный ПЦР к SARS-CoV-2 на 5-6 сутки жизни. Выздоровление наступало от 6 до 28 суток жизни в зависимости от тяжести заболевания.

Заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о заражении Covid 19 новорожденных Ставропольского края при контактном пути передачи вплоть до развития тяжелых форм с летальным исходом, но сомнительном при вертикальном пути, что требует расширения обследования у новорожденных от матерей с текущей Covid19 путем увеличения кратности взятия ПЦР в динамике (на 3-5 сутки от рождения), исследования крови на антитела к SARS-CoV-2 при рождении и в динамике.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНЫХ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ: БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Урецкая Е.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Уваренкова П.А.[1], Ленюшкина А.А.[1]

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

г. Москва

Цель

Комплексная оценка факторов риска интенсивного постнатального гемолиза у детей с ГБН и внутриутробными гемотрансфузиями (ВУТ) для прогнозирования потребности ОЗПК

Материалы и методы

В данное ретроспективное исследование были включены 52 новорожденных с ГБН по Rh-фактору и ВУТ в анамнезе, поступивших в ОРИТн с 2012 по 2021 гг. Как факторы риска постнатального гемолиза у детей были оценены: 1) уровень общего билирубина (ОБ) пуповинной крови >80 мкмоль/л, 2) Rh«+» пуповинной крови и 3) положительная прямая проба Кумбса при рождении

Результаты

Гестационный возраст пациентов варьировал от 27 до 36 недель (Me=33нед). Медиана кратности ВУТ составила 2 (min – 2, max – 7). Проведение ОЗПК потребовалось 23-м новорожденным (44,2%). Все дети были распределены на 4 подгруппы: без факторов риска интенсивного гемолиза (N-18), с 1-м (N-16), 2-мя (N-5) и 3-мя (N-13) факторами риска. Каждому фактору риска интенсивности постнатального гемолиза был присвоен 1 балл. В соответствии с количеством баллов были выделены группы: 1 группа –0 баллов, 2 –1 балл, 3 – 2 балла, 4 – 3 балла.

Выделенные категории детей сравнивались между собой по частоте проведения ОЗПК. Проведение ОЗПК потребовалось – 2/18 (11%) пациентов из 1-й группы; из 2-й группы – 7/16 (43,7%), из 3-й группы - 4/5 (80%), из 4-й группы – 10/13 (77%) (p1-p3<0.05; p1-p4 <0.05).

У 100% новорожденных из 4-й группы, которым была проведена ОЗПК, присутствовали все факторы риска интенсивного постнатального гемолиза: повышенный уровень ОБ > 80 мкмоль/л, резко положительная прямая проба Кумбса и положительный Rh-фактор при рождении. В остальных группах такой особенности не отмечалось.

Таким образом, сочетание сразу 3-х факторов риска интенсивного гемолиза (или оценка 3 балла) имеет прямую связь с необходимостью проведения ОЗПК. В результате логистического регрессионного анализа показано, что данная диагностическая модель имеет эффективность – 80,8% ($p<0,001$), а ее чувствительность и специфичность составляют соответственно 86,2% и 73,9%.

Заключение

Комплексный анализ факторов риска постнатального гемолиза (ОБ пуповинной крови>80 мкмоль/л, положительная прямая проба Кумбса и положительный Rh-фактор, определяемые в первый час после рождения) будут способствовать прогнозированию клинической ситуации и принятию решения в пользу раннего проведения ОЗПК или консервативной тактики в зависимости от бальной оценки.

ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕМОГЛОБИН КАК ПРЕДИКТОР ИНТЕНСИВНОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ГЕМОЛИЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ И ВНУТРИУТРОБНЫМИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Урецкая Е.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Уваренкова П.А.[1], Лёнюшкина А.А.[1]

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
г. Москва

Цель

Оценить уровень фетального гемоглобина (HbF) венозной крови у детей с ГБН и внутриутробными трансфузиями в анамнезе как предиктор интенсивности постнатального гемолиза

Материалы и методы

В данное проспективное исследование вошли 27 новорождённых, поступивших в ОРИТн в период с января 2019г. по июль 2021г. Все дети имели в анамнезе внутриутробные трансфузии донорских эритроцитов с целью коррекции тяжелой анемии в связи с ГБН по Rh-фактору. Уровень HbF исследовался в венозной крови в 1-й ч.ж. на автоматическом анализаторе крови ABL800

Результаты

Медиана гестационного возраста (ГВ) пациентов на момент рождения составила 34 недели (Min-Max 30-35). Медиана кратности ВУТ составила 2 (Min 1; Max 7); ГВ на момент первой ВУТ - Me=27,4 (Min-Max 20-32) недель. Проведение операции заменного переливания крови (ОЗПК) потребовалось в 4 /27 (14,8%) случаев.

Площадь под ROC-кривой, соответствующей взаимосвязи уровня HbF и прогноза ОЗПК составила 0,86±0,116 с 95% ДИ: 0,635-1,0. Полученная модель была статистически значимой (p=0,014). Пороговое значение HbF в точке cut-off составило 43%. Чувствительность и специфичность метода составили 60% и 100% соответственно. Дети с HbF≥43% (n=2) имели признаки интенсивного гемолиза и потребовали прове-

дения ОЗПК. Среди детей с фетальным гемолобином менее 43% (n=25) проведение ОЗПК потребовали только два ребенка, однако при обследовании у них отмечался высокий ретикулоцитоз в клиническом анализе крови (>100x10^9/л), который представляет собой компенсаторную реакцию эритроидного ростка костного мозга и является также предиктором интенсивного гемолиза.

Заключение

Данная работа является частью исследования, посвященного изучению особенностей постнатального течения гемолитической болезни у новорождённых с внутриутробными гемотрансфузиями в анамнезе. Рассматривая эритроциты в качестве мишени для циркулирующих антиэритроцитарных антител, можно в качестве предиктора интенсивности гемолиза использовать выявленный критический уровень фетального гемоглобина после рождения и с высокой вероятностью прогнозировать потребность в проведении ОЗПК.

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА И ГЕМОГЛОБИНА ПРИ РОЖДЕНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ И ВНУТРИУТРОБНЫМИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯМИ В АНАМНЕЗЕ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

Урецкая Е.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Уваренкова П.А.[1], Лёнюшкина А.А.[1]

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
2 Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)
г. Москва

Цель

Оценить уровни общего Bil и Hb при рождении у детей с ГБН по Rh-фактору и внутриутробными гемотрансфузиями (ВУТ) в анамнезе как предикторы потребности в ОЗПК.

Материалы и методы

В данное ретроспективное исследование вошли 80 новорождённых с ГБН по Rh-фактору и ВУТ донорских эритроцитов в анамнезе, поступивших в ОРИТн в период с декабря 2008 г. по июнь 2021г. Уровень Bil определялся в пуповинной крови биохимическим методом, уровень Hb исследовался в клиническом анализе крови, взятом в 1ч.ж. при поступлении ребёнка в ОРИТн

Результаты

Медиана гестационного возраста (ГВ) пациентов на момент рождения составила 34 недели (Min-Max 30-35). Медиана кратности ВУТ составила 2 (Min 1; Max 7); ГВ на момент первой ВУТ - Me=27,4 (Min-Max 20-32) недель. Проведение ОЗПК потребовалось в 4/27 (14,8%) случаев. При оценке уровня билирубина при рождении было выявлено, что только у 58,6% (n=47) детей с уровнем Bil более 80мкмоль/л при рождении развился интенсивный гемолиз, что потребовало проведение ОЗПК, а у детей с уровнем Bil менее 80мкмоль/л при рождении интенсивный гемолиз развился

в 33,3% случаев. При анализе показателей Hb при рождении выявлено, что только у половины детей с уровнем Hb менее 100 г/л имела место отечная форма ГБН. У 9 из 19детей (47%) признаков водянки не отмечалось. Метод логистической регрессии не выявил статистической значимости показателей Hb и Bil как независимых факторов при прогнозировании ОЗПК.

Заключение

Уровни пуповинного Bil и Hb при рождении отражают длительно протекавший внутриутробный гемолиз и при изолированной оценке не имеют предиктивной ценности у детей после ВУТ. При установлении диагноза «Отечная форма ГБН» следует учитывать не только уровень Hb, но и признаки водянки (тяжелую дыхательную и сердечно-сосудистую недостаточность, наличие свободной жидкости в полостях, выраженную гипоальбуминемию). Знание клинико-лабораторных особенностей ГБН у пациентов с ВУТ в анамнезе позволит уменьшить агрессивность терапии - в значительном проценте случаев избежать ОЗПК.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ КОРРЕКЦИИ SPINA BIFIDA.

Хотеева А. П., Нароган М.В., Рюмина И.И., Чугунова Л.А.

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

Цель

Оценить состояние новорожденных детей после внутриутробной коррекции spina bifida (SB).

Материалы и методы

В исследование включено 12 из 13 новорожденных, перенесших внутриутробную операцию по коррекции SB в НМИЦ АГП им. Кулакова в 2019-2021г.г. (1 ребенок родился вне Центра и умер). У детей проводилась оценка неврологического и соматического статуса, данных НСГ и МРТ головного мозга. Дети наблюдались до выписки из Центра в течение 20 [5-35] дней.

Результаты

SB и синдром Арнольда-Киари были выявлены у всех плодов во 2 триместре беременности, операция выполнена на сроках 23-25 нед. Все дети родились путем кесарева сечения; у 9 (75%) матерей отмечалось развитие родовой деятельности, у 3 (25%) - отслойка нормально расположенной плаценты. На 31 нед. родился 1, на 32-34 – 7, на 35-36 – 3, на 37 – 1. Масса тела при рождении составила 2240 г [1610-2750],

окружность головы 32,5 см [29-37]. По массе тела дети соответствовали гестационному возрасту, окружность головы >90 центиля была у 5 (41,6%). Оценка по шкале Апгар на 1' составила 7 [6-8], на 5' - 8 [7-9]. Реанимационные мероприятия в род. зале (в виде CPAP) потребовались 8 (66,7%), 2-м вводился препарат сурфактанта. Состояние 1 ребенка с 1-х суток жизни было крайне тяжелым за счет полиорганной недостаточности, ребенок умер на 13 с.ж. Он не включен в дальнейший анализ. Заболевания перинатального периода отмечались у 9 (81,8%) детей: респираторный дистресс синдром (4), транзиторное тахипноэ (4), врожденная пневмония (1), апноэ недоношенных (1), желудочное кровотечение (3), острое почечное повреждение (1), некротизирующий энтероколит (1), инфекция мочевых путей (2). Нижний вялый парез диагностирован у 8 (72,7%), расстройства функции тазовых органов - у 8 (72,7%), ортопедические нарушения – у 7 (63,6%): дисплазия/вывих тазобедренных суставов (4), перелом бедренной кости (1), нарушения функции коленных суставов (4), голеностопных (5). У всех детей отмечалась вентрикуломегалия. По данным нейросонографии синдром Арнольда-Киари заподозрен у 9 (81,8%), но при МРТ он был исключен у 6 детей, остальным рекомендовано МРТ в более поздние сроки. У 5 (45,5%) были диагностированы другие аномалии головного мозга: гипоплазия мозолистого тела (2), агенезия прозрачных перегородок (3), очаги гетеротопии серого вещества (4). Кроме того были выявлены другие врожденные нарушения - агенезия 12 пары ребер (1), удвоение тела матки (1), семейная форма дисплазии соединительной ткани (1), гемангиома в области послеоперационного рубца (1).

Заключение

Большинство детей, перенесших внутриутробную коррекцию SB, родились недоношенными (91,7%), имели перинатальные заболевания, неврологические и ортопедические нарушения. Учитывая высокую частоту коморбидных состояний, в ведении таких пациентов необходимо участие мультидисциплинарной команды врачей.

СОДЕРЖАНИЕ

Для перехода на тезис нажмите на нужный пункт содержания

Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии

3 ОПТИМИЗАЦИЯ СНИЖЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Аношин А.С., Тютюнник В.Л., Сергунина О.А., Хачатрян З.В.

5 ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ЯИЧЕК
Арабаджан С.М., Сагамонова К.Ю., Шестель А.Н.

6 БЛОКАДА ПОПЕРЕЧНОЙ ФАСЦИИ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.
Дроздов Р.Г., Иванов А.А., Терентьев Н.В., Венедиктов Э.В., Стяжкин А.А., Алтынбаев Р.Ф., Зайцев С.С.

7 АДРЕНОМИМЕТИКИ. ВЗГЛЯД В ПРОШЛОЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ БУДУЩЕГО
Дутаева Л.Х., Белов А.В.

9 ОБЗОР ОБНОВЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ «ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ»
Елизарова Е.С., Белов А.В..

10 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ КОНТРАВЕРСИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКОГО СЕПСИСА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Молчанов И.В.[1], Гридчик И.Е.[1], Гридчик А.Л.[2], Упрямова Е.Ю.[2], Дуб Н.В[3]

12 ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Стрельникова Е.В., Гурбанова С.Р.

15 ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ИСХОДНОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ
Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Аношин А.С., Михайлова О.И.

17 ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ РЕНИНФУЗИЯ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
Ужакин В.В., Пивоварчик С.Н., Голубев В.В., Безверхий А.А., Арабаджан С.М., Золотых О.С.

18 ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С HELLP-СИНДРОМОМ
Ужакин В.В., Токарева В.В., Безверхий А.А., Арабаджан С.М., Харитонов Ю.В., Касьянов Е.В., Гасанов Н.П.

19 ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЗИ В ВОПРОСЕ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КАУДАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ
Щеглов Б.О.

20 УЛЬТРАЗВУК-АССИСТИРОВАННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ БЛОКАДЫ ПОЯСНИЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ
Щеглов Б.О.

21 ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИОННОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ
Щеглов Б.О.

Организация медицинской помощи новорожденным

24 РОЛЬ КАБИНЕТА КАТАМНЕЗА РЕГИОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОМОЩИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ
Грешилов А.А., Амирова В.Р., Каримова С.С., Идрисова Р.Г., Потехина Т.А., Богданова С.Ю., Газизова А.З., Шолохова А.В.

Реанимация и интенсивная терапия новорожденных

26 НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДОНОШЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ТРАНЗИТОРНОЕ ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЕННОГО» БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ
Калякова Н.В., Шестак Е.В., Додров Д.С.

28 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ IL-8 И MCP-1 В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Никитина И.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Боброва А.М.[1], Кречетова Л.В.[1], Инвияева Е.В.[1], ЛёнюшкинаА.А[1].

29 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО СО СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ
Никитина И.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Брагина О.Н.[1], Припутневич Т.В.[1], Ленюшкина А.А[1].

31 ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СТРАТЕГИИ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЁННЫХ
Шестак Е.В., Ковтун О.П.

32 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ НОВОРОЖДЁННЫХ
Шестак Е.В., Ковтун О.П., Ксенофонтова О.Л.

Энтеральное и парентеральное питание новорожденных

34 ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМИ ОРГАНАМИ С УЧЕТОМ СОВМЕСТИМОСТИ С ХИМИО- И ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ
Макиева М.И., Никифирова Е.А., Ахапкина Е.С.

Болезни новорожденных

36 ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ МЕНЕЕ 32 НЕДЕЛЬ
Каледина Е.Я., Ипполитова Л.И., Логвинова И.И.

37 ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ЦЕНТРАХ, МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?
Наумов А.Б., Марченко С.П., Скарлатеску Е., Невмержицкая О.В., Черномордова А.В., Заря И.О., Хубулава Г.Г.

38 СИСТЕМНАЯ ГИПОПЕРФУЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДУГИ АОРТЫ
Невмержицкая О. В., Чупаева О. Ю., Наумов А. Б., Терешенко О. Ю., Черномордова А. В., Селиверстова А. А., Марченко С. П., Хубулава Г. Г.

40 ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДУГИ АОРТЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ
Невмержицкая О. В., Чупаева О. Ю., Наумов А. Б., Терешенко О. Ю., Черномордова А. В., Селиверстова А. А., Марченко С. П., Хубулава Г. Г.

41 ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МИОКИНА ИРИЗИН У МАЛОВЕСНЫХ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ СРОКУ ГЕСТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Прилуцкая В.А., Король-Захаревская Е.Л., Гончарик А.В.

42 НЕОНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID19 У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)
Пустабаева М.С., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н., Садовая А.С., Товкань Е.А., Саркисян К.В.

44 ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНЫХ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ: БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ
Урецкая Е.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Уваренкова П.А.[1], Ленюшкина А.А.[1]

46 ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕМОГЛОБИН КАК ПРЕДИКТОР ИНТЕНСИВНОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ГЕМОЛИЗА У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ И ВНУТРИУТРОБНЫМИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯМИ В АНАМНЕЗЕ
Урецкая Е.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Уваренкова П.А.[1], Лёнюшкина А.А.[1]

48 УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА И ГЕМОГЛОБИНА ПРИ РОЖДЕНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ И ВНУТРИУТРОБНЫМИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯМИ В АНАМНЕЗЕ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПОТРЕБНОСТИ В ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ
Урецкая Е.В.[1], Крог-Йенсен О.А.[1,2], Уваренкова П.А.[1], Лёнюшкина А.А.[1]

49 СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ КОРРЕКЦИИ SPINA BIFIDA.
Хотеева А. П., Нароган М.В., Рюмина И.И., Чугунова Л.А.