

**Материалы IV Ежегодного конгресса
специалистов перинатальной медицины**

**«Современная перинатология:
организация, технологии
и качество»**



Москва, 28–29 сентября 2009 г.

Опыт применения амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных

Абалова В.В., Дегтярева М.Г.,
Гребенникова О.В., Дегтярев Д.Н.

Российский государственный медицинский университет, Москва;
Городская больница №8, Москва

Клиническая интерпретация тяжести неврологической симптоматики у новорожденных различного гестационного возраста (ГВ) с сочетанной перинатальной патологией в условиях отделений интенсивной терапии и реанимации (ОРИТ) представляет значительные трудности. Целью работы стало изучение диагностической информативности оценки функционального состояния ЦНС у детей с перинатальными поражениями ЦНС (ПП ЦНС) методом амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии (а-ЭЭГ) в условиях ОРИТ. Обследовано 62 ребенка с ГВ от 23 до 40 нед, массой от 670 до 4940 г. Проводили нейросонографию (НСГ) в динамике для диагностики структурных повреждений головного мозга и круглосуточное аЭЭГ-мониторирование (монитор Оуприс CFM 6000, фронтальный метод фиксации электродов). Функциональную зрелость ЦНС и ее соответствие ГВ и возрасту от зачатия ребенка оценивали в баллах по шкалам V.Burdjalov, 2003 и L.Hellston-Westas, 2006. I группу наблюдения составили дети с ГВ менее 32 нед ($n = 27$), II группу – с ГВ 33–36 нед ($n = 16$) и III группу – с ГВ 37–40 нед ($n = 19$). В соответствии с критериями Классификации ПП ЦНС у новорожденных, в каждой группе выделены дети с поражениями средней и тяжелой степени. В I группе на фоне ишемии II–III ст. отмечены ПИВК I и III ст., в 18 и 23% случаев, соответственно. У детей II и III групп структурные изменения носили ишемический характер. Степень и характер нарушений функционального состояния мозга по данным а-ЭЭГ не имели взаимосвязи с характером структурного повреждения. Выявлена достоверная взаимосвязь наличия циклов сон-бодрствование с ГВ ($\chi^2 = 10,98$, $df = 4$, $p = 0,027$) и тяжестью ПП ЦНС ($\chi^2 = 7,18$, $df = 2$, $p = 0,03$). Баллы по шкале V.Burdjalov были тем достоверно выше, чем больше ГВ обследуемого ребенка ($F(2,34) = 15,2$, $p = 0,00002$), при равном ГВ – тем достоверно ниже, чем больше тяжесть ПП ЦНС ($F(1,34) = 14,4$, $p = 0,0005$). Оценка функциональной зрелости ЦНС по шкале L. Hellston-Westas также имела достоверную взаимосвязь с тяжестью ПП ЦНС ($\chi^2 = 11$, $df = 4$, $p = 0,03$). Таким образом, наличие цикличности сон-бодрствование и балльные оценки функциональной зрелости ЦНС по данным а-ЭЭГ могут быть использованы в качестве дополнительного критерия тяжести ПП ЦНС у детей различного ГВ.

Профилактика ранней анемии у недоношенных детей с внутриутробными инфекциями

Анастасиади Л.А., Суворова Н.А.,
Шевченко И.А., Полякова Г.С., Митюра О.С.

Перинатальный центр муниципального учреждения здравоохранения Городской больницы №2;
Краснодарское медицинское
лечебно-диагностическое объединение

Известно, что дети, родившиеся недоношенными, подвергаются высокому риску развития различных осложнений, нарушающих качество их жизни в неонатальном и последующих периодах жизни. Одним из них является ранняя анемия недоношенных (РАН), которая наблюдается в первые 2 мес жизни у 65–100% недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г в гестационном возрасте менее 32 нед, особенно при осложненном течении неонатального периода.

Самым распространенным и повсеместно используемым методом коррекции РАН детей остаются повторные гемотрансфузии. Однако риск гемотрансфузий: инфекционный, угнетение собственного эритропоэза, иммуносупрессия, временный эффект с возможным рецидивом анемии, волемиическая перегрузка, метаболические нарушения и др. заставляют искать другие подходы к профилактике и лечению ранней анемии глубоконедоношенных детей.

Использование рекомбинантного человеческого эритропоэтина в неонатологии позволяет с новых позиций подойти к решению вопросов профилактики и терапии ранней анемии глубоконедоношенных новорожденных.

В исследовании проанализированные истории болезни 130 детей гестационного возраста менее 32 нед первых 2 месяцев жизни, находившихся на лечении в нашем отделении в 2004–2008 гг., были разделены на 2 группы – не получавших рекомбинантный человеческий эритропоэтин (50 детей) и группу из 100 недоношенных, получавших эритропоэтин в виде двух препаратов: Веро-эпоэтин, ОАО «Верофарм» Россия (78 детей) и Рекормон, «Ф.Хоффманн – Ля Рош Лтд.», Германия (22 ребенка) подкожно в разовой дозе 200–250 Ед/кг 3 раза в неделю.

В результате: в группе детей, не получавших рекомбинантный человеческий эритропоэтин, гемотрансфузии с целью коррекции РАН проводились в 2,5 раза чаще, чем при использовании названных эритропоэтинов. Эффективность Рекормона и Веро-эпоэтина была сопоставима и зависела от сроков начала профилактического введения эритропоэтинов недоношенным детям, а также от их гестационного возраста.