ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка»

Министерство Здравоохранения РУз

II Республиканская научно – практическая конференция акушерских анестезиологов - реаниматологов с международным участием

“ Анестезия и реанимация в акушерстве: инновации, технологии, безопасность”



НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

Хива – 2026г

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА: РОЛЬ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Бабаджанова Ф.Р.[1], Агзамова Ш.А.[2], Хайбуллина З.Р.[2]

[1]Ургенчский Государственный медицинский институт, Ургенч, Узбекистан.
[2] Ташкентский Государственный медицинский университет. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Несмотря на существенные достижения в области детской кардиохирургии, проблема минимизации периоперационных рисков у пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС) сохраняет свою актуальность, непосредственно влияя на показатели летальности и качества реабилитации. Наряду с анатомическими дефектами и гемодинамическими нарушениями, критическое значение приобретают метаболические предикторы, среди которых особое место занимают нутритивный статус и гомеостаз кишечного микробиома. В частности, дефицит продукции короткоцепочечных жирных кислот (SCFA) — важнейших метаболитов микробного происхождения — рассматривается как фактор, провоцирующий системный воспалительный ответ и осложняющий течение раннего послеоперационного периода.

Цель исследования. Определить клинико-метаболические предикторы периоперационных осложнений у новорожденных с врождёнными пороками сердца на основе комплексной оценки нутритивного статуса, состояния кишечной микрофлоры и профиля короткоцепочечных жирных кислот.

Материалы и методы исследования. Настоящее проспективное когортное исследование было реализовано на базе перинатального центра Хорезмской области с привлечением пациентов из отделений второго и третьего родильных блоков. В исследовательскую выборку вошли дети раннего возраста с диагностированными ВПС, распределенные на группы с дефектом межжелудочковой перегородки (n = 13; средний возраст — 18,2 ± 6,5 дня) и тетрадой Фалло (n = 11; средний возраст — 17,6 ± 5,2 дня). Следует отметить высокий уровень пренатальной диагностики в исследуемой группе, составивший 70%. Диагностический протокол включал в себя сбор анамнестических данных, детальную клиническую оценку, а также комплексную инструментальную верификацию пороков методами электрокардиографии, эхокардиографии и допплерографии. В рамках предоперационной подготовки проводился многокомпонентный анализ нутритивного статуса, сочетающий антропометрическое профилирование (масса и длина тела, ИМТ, показатели окружности плеча и толщины кожной складки) с определением концентрации висцеральных белков — альбумина, преальбумина и ретинолсвязывающего белка. Особое внимание уделялось оценке микроэкологического состояния кишечника, которая осуществлялась на основе бактериологического исследования и копрологического анализа, в то время как функциональная активность микробиоты оценивалась по уровням метаболитов — короткоцепочечных жирных кислот (ацетата, пропионата и бутирата). Завершающим этапом комплексного обследования стало проведение стандартного спектра общеклинических и биохимических анализов крови.

Результаты и обсуждение. У детей с врождёнными пороками сердца выявлены достоверные нарушения нутритивного статуса. Средняя масса тела составила 6,1 ± 1,2 кг (95% ДИ: 5,6–6,6 кг), индекс массы тела — 14,2 ± 1,3 кг/м² (95% ДИ: 13,7–14,7 кг/м²). Уровень альбумина был снижен и составил 32,8 ± 3,4 г/л (95% ДИ: 31,4–34,2 г/л), преальбумина — 0,16 ± 0,04 г/л (95% ДИ: 0,14–0,18 г/л), ретинолсвязывающего белка — 18,6 ± 3,2 мг/л (95% ДИ: 17,2–20,0 мг/л). Анализ кишечной микрофлоры выявил дисбиотические изменения. Содержание бифидобактерий составило 6,2 ± 0,8 lg КОЕ/г (95% ДИ: 5,9–6,5), что в 5,3 раза ($p<0,05$) ниже возрастной нормы, тогда как уровень условно-патогенной флоры (Enterobacteriaceae) был повышен до 7,1 ± 0,9 lg КОЕ/г (95% ДИ: 6,7–7,5). Отмечено снижение уровня короткоцепочечных жирных

кислот: концентрация ацетата составила 38,4 ± 6,5 ммоль/кг (95% ДИ: 35,7–41,1), что в 3,3 раза ниже показателя контрольной группы, концентрация пропионата и бутирата была снижена в 1,8 и 1,6 раза относительно контроля ($p<0,05$), что свидетельствует о снижении метаболической активности кишечной микробиоты. При анализе клинических исходов установлено, что периоперационные осложнения наблюдались у 10 из 24 пациентов (41,7%). У детей с осложнениями показатели нутритивного статуса были достоверно ниже по сравнению с пациентами без осложнений: средняя масса тела составила 5,4 ± 0,9 кг против 6,6 ± 1,1 кг ($p = 0,01$), уровень альбумина — 30,9 ± 2,8 г/л против 34,2 ± 3,1 г/л ($p = 0,02$), концентрация бутирата — 6,3 ± 1,5 ммоль/кг против 8,5 ± 1,6 ммоль/кг ($p = 0,004$). Корреляционный анализ выявил статистически значимую обратную связь между уровнем бутирата и длительностью госпитализации ($r = –0,52$; $p = 0,01$), а также между уровнем альбумина и риском развития осложнений ($r = –0,47$; $p = 0,02$). По результатам многофакторного регрессионного анализа установлено, что независимыми предикторами периоперационных осложнений являются снижение уровня альбумина (OR = 2,1; 95% ДИ: 1,2–3,8; $p = 0,01$), снижение концентрации бутирата (OR = 2,8; 95% ДИ: 1,4–5,2; $p = 0,003$) и дефицит массы тела (OR = 1,9; 95% ДИ: 1,1–3,3; $p = 0,02$).

Выводы. Нутритивная недостаточность и дисбиоз кишечной микрофлоры с нарушением продукции короткоцепочечных жирных кислот являются значимыми клинико-метаболическими факторами риска неблагоприятного периоперационного течения у детей с врождёнными пороками сердца. Комплексная предоперационная оценка нутритивного статуса и состояния кишечной микробиоты позволяет выявлять группы высокого риска и обосновывает необходимость разработки персонализированных подходов к нутритивной и метаболической коррекции.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Кадыров Н. У.
2 - й Межрайонный Перинатальный Центр, г. Ташкент

Введение. Преэклампсия остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, осложняя до 5–8% беременностей. По данным World Health Organization, тяжёлые формы преэклампсии ассоциированы с высоким риском органной дисфункции, включая цереброваскулярные осложнения, почечную недостаточность и коагулопатию. Проведение кесарева сечения у данной категории пациенток требует особого анестезиологического подхода с учётом выраженных гемодинамических и эндотелиальных нарушений.

Цель. Оценить современные подходы к анестезиологическому обеспечению кесарева сечения у женщин с преэклампсией и определить оптимальную тактику ведения.

Материалы и методы. Для анестезиологического обеспечения операций кесарева сечения у пациенток с преэклампсией (n=130), применяли спинномозговую анестезию (0,5% раствором лонокаина хеви) и эпидуральную (0,5% лонгокаином).

Основные системы жизнеобеспечения оценивали по общепринятым клиническим признакам, СДД, ЧСС, SpO_2, ЭКГ. Центральную гемодинамику оценивали методом эхокардиографического исследования, с помощью аппарата Sono Scape ST Model - 200 линейным мультичастотным датчиком 4–15 МГц.

Результаты и обсуждение.

Преэклампсия характеризуется системной эндотелиальной дисфункцией, вазоспазмом, повышением системного сосудистого сопротивления и относительной гиповолемией. Эти патофизиологические изменения определяют ключевые задачи анестезиолога: контроль артериального давления, предотвращение гипотензии и обеспечение адекватной перфузии жизненно важных органов.