



Отчет

9 международный перинатальный конгресс

Даты: 24.10.2009-28.10.2009

Место: г. Берлин, Германия

Участники: представители 45 стран мира (Европа, Америка, Канада, Латинская Америка, Азия, Япония, Австралия, Украина, Россия)

Украинская делегация:

1. Вдовиченко Ю.П. – первый проректор, доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач Украины, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии

2. Жук С.И. – главный акушер-гинеколог г. Киев

Участие в Конгрессе следующих специалистов поддержано Программой:

3. Коломийчук В.Н. – акушер-гинеколог, заместитель начальника управления акушерско-гинекологической помощи департамента материнства, детства и санаторного обеспечения МЗ Украины

4. Шунько Е.Е. – профессор, главный внештатный неонатолог Украины, зав. кафедрой неонатологии НМАПО, вице президент ассоциации перинатологов Украины

5. Кончаковская Т.В. – доцент каф. неонатологии, НМАПО

6. Макарчук О.М. – профессор кафедры акушерства и гинекологии, Ивано-Франковская национальная медицинская академия.

7. Матвиенко И.Н. – неонатолог, клинический консультант Программы

Структура конгресса:

1. Презентации

2. Тематические рабочие группы

3. Тематические симпозиумы

4. Панельные тематические дискуссии

5. Постерные презентации

6. Выставка оборудования и расходных материалов

Основные вопросы/темы, которые обсуждались на конгрессе:

1. Ведение родов: неинвазивные методы мониторинга родов, оценка состояния плода с применением КТГ и ЭКГ плода, обезболивание и поддержка в родах, тактика при преждевременном отхождении околоплодных вод, ведение многоплодной беременности и родов.
2. Преждевременные роды: предупреждение преждевременных родов, профилактика РДС плода, проведение токолиза, определение/выявление преждевременных родов, использование антибиотиков с профилактической и терапевтической целью, повторные курсы кортикостероидов.
3. Ведение новорожденных: парентеральное питание, энтеральное питание, алергизация ребенка как результат вскармливания, применение антибактериальных препаратов, болевой синдром, этические аспекты оказания помощи новорожденным в ОИТН, помощь критически больным новорожденным, ИВЛ: особенности и осложнения, использование пренатальных и постнатальных кортикостероидов, повреждение мозга при гипоксии и тактика ведения.
4. Инфекция и беременность: диагностика, тактика родоразрешения, терапия, сроки родоразрешения и влияние на развитие новорожденного (лейкомаляция и ДЦП).
5. Кесарево сечение: плановое и urgentное кесарево сечение: сроки и подготовка.
6. ЗВУР: причины, тактика ведения, новые тенденции.
7. Беременность и особые состояния: ВИЧ-инфицирование, употребление алкоголя и наркотиков.
8. Использование стволовых клеток: направление, этические аспекты, практическое применение.
9. УЗИ: 3D/4D исследование, диагностика аномалий развития.

Открытие конгресса:

Выступление президента всемирной перинатальной ассоциации:

1. Основное внимание на всех этапах оказания перинатальной помощи должно быть направлено на постоянное повышение уровня знаний и навыков медицинского персонала.
2. Тенденции в оказании перинатальной помощи сводятся к четкому обоснованию всех медицинских вмешательств, использованию только безопасных вмешательств и постоянной оценке результатов вмешательств.
3. На сегодняшний момент происходит пересмотр многих вмешательств в перинатологии; коррекция существующих технологий и внедрение новых технологий базируется на основании результатов качественных исследований.

Основные международные тенденции и направления в сфере оказания перинатальной помощи:

1. Подавляющее большинство докладчиков представляли результаты контролируемых рандомизированных исследований, которые проводились при их непосредственном участии: дизайн исследования, основные индикаторы, процесс исследования, рекомендации
2. В презентациях докладчиков звучало, что каждое вмешательство должно быть оценено по отношению к каждому конкретному пациенту и должно соответствовать протоколу оказания помощи; каждое вмешательство должно быть объяснено семье, и решение должно быть принято совместно
3. Практически в каждой презентации звучало о необходимости сведения к минимуму использования медикаментов, вмешательств, исследований у беременных, родильниц и новорожденных

4. Основное внимание ученых перинатологов Германии, Австрии, Англии, Италии направлено на разработку неинвазивных методов мониторинга состояния плода, мониторинга динамики родов, установления начавшихся родов:

- Неинвазивный тест определения околоплодных вод в выделениях (специфичность и чувствительность теста 98-99%).

- Неинвазивный тест для определения родов (специфичность и чувствительность 98-99%).

- Неинвазивный метод мониторинга динамики родов при помощи УЗИ: программа по обсчитыванию данных УЗИ позволяет оценить раскрытие шейки матки, опускание головки без проведения влагалищного исследования.

- Постоянный мониторинг за ЧСС плода на дому при помощи портативной системы: данные передаются на централизованную компьютерную сетевую платформу и поточно контролируются медицинским персоналом; а также в системе установлены границы тревоги, которые позволяют самой женщине немедленно обратиться за помощью.

- Внедрение ЭКГ плода с параллельным проведением КТГ позволяет спрогнозировать развитие фетального дистресса (корреляция с рН крови плода).

5. Основное внимание неонатологов в выхаживании маловесных новорожденных уделяется питанию, профилактическим вмешательствам и тщательному мониторингу:

- введение белков и липидов при парентеральном питании начинается в течение 2 часов после рождения;

- раннее начало минимального энтерального питания;

- новый протокол коррекции водно-электролитного баланса и метаболических нарушений у недоношенных новорожденных, нуждающихся в интенсивной терапии, предусматривает 110-200 мл/кг/сутки жидкости, 110-135 ккал/кг/сутки калораж, 120-140 ммоль/кг/сутки кальция, 3.5-4,5 г/кг/сутки белка, 4,4-г/кг/сутки жира;

- проведение неинвазивной вентиляции легких имеет преимущества по сравнению с назальным СРАР после экстубации ребенка;

- волюмконтролируемая ИВЛ имеет преимущества в исходах и прогнозе по сравнению с другими видами вентиляции.

Тенденции и направления, которые следует принять во внимание в контексте совершенствования украинской системы перинатальной помощи:

- Пересмотр сроков elective кесарева сечения: не рекомендуется проводить до 39 недель гестации, при необходимости проведения elective кесарева сечения в сроке 35-36 недель гестации рассмотреть вопрос о проведении профилактического курса кортикостероидов.

- Внедрение в практику тестов определения наличия околоплодных вод в выделениях (сомнительные случаи).

- Введение рутинного скрининга на бактериальный вагиноз во время беременности и лечение выявленных случаев достоверно приводит к снижению частоты преждевременных родов.

- Раннее начало введения белков и жиров в парентеральном питании, соблюдение в практике новых рекомендаций.

- Этические аспекты выхаживания недоношенных новорожденных и обезболивание: осторожное использование обезболивающих препаратов, особенно опиатов; более широкое использование немедикаментозных методов (снижение уровня шума, света; нутритивное сосание; сахара).

- Стратегия использования низких концентраций кислорода и волюм-контролируемой вентиляции.
- Внедрение нитрит оксида при ведении новорожденных с персистирующей легочной гипертензией.
- Изменение схемы лечения БЛД кортикостероидами: в течение 3 дней в минимальной дозировке.
- Перинатальная энцефалопатия: внедрение контролируемой краниocereбральной гипотермии в течение первых 30 минут после рождения у новорожденных с отсутствием кровоизлияний в головной мозг и родовых травм достоверно улучшает исходы.
- Более широкое внедрение назального СРАР и неинвазивной вентиляции: как профилактическое вмешательство, так и вмешательство после экстубации.
- Не использовать постнатально кортикостероиды (кроме случаев БЛД) в связи с их негативным влиянием на новорожденного ребенка.
- Определение электролитов и их рациональная коррекция у новорожденных, находящихся на ИВЛ.