

DOI 10.21292/2078-5658-2018-15-2-68-84

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

АЛЕКСАНДРОВИЧ Ю. С. (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ), ВОРОНЦОВА Н. Ю. (МОСКВА), ГРЕБЕННИКОВ В. А. (МОСКВА),
ДИОРДИЕВ А. В. (МОСКВА), ЖИРКОВА Ю. В. (МОСКВА), КОЧКИН В. С. (МОСКВА), ЛАЗАРЕВ В. В. (МОСКВА),
ЛЕКМАНОВ А. У. (МОСКВА), МАТИНЯН Н. В. (МОСКВА), ПШЕНИСНОВ К. В. (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ), СТЕПАНЕНКО С. М. (МОСКВА),
ЦЫПИН Л. Е. (МОСКВА), ЩУКИН В. В. (МОСКВА), ХАМИН И. Г. (МОСКВА)

Рекомендации по интраоперационной инфузионно-трансфузионной терапии у детей разработаны членами Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов России, имеющих большой опыт оказания анестезиолого-реаниматологической помощи детям.

Целью данных рекомендаций является предоставление четких правил по составлению программы интраоперационной инфузии для уменьшения риска осложнений, связанных с ее проведением у детей разных возрастных групп, повышения эффективности и безопасности анестезиологического обеспечения в целом. Рекомендации не рассматривают частные вопросы проведения инфузионной терапии в специализированных областях медицины.

Ключевые слова: инфузионно-трансфузионная терапия, острая кровопотеря у детей

Для цитирования: Александрович Ю. С. (Санкт-Петербург), Воронцова Н. Ю. (Москва), Гребенников В. А. (Москва), Диордиев А. В. (Москва), Жиркова Ю. В. (Москва), Кочкин В. С. (Москва), Лазарев В. В. (Москва), Лекманов А. У. (Москва), Матинян Н. В. (Москва), Пшенисннов К. В. (Санкт-Петербург), Степаненко С. М. (Москва), Цыпин Л. Е. (Москва), Щукин В. В. (Москва), Хамин И. Г. (Москва) Рекомендации по проведению инфузионно-трансфузионной терапии у детей во время хирургических операций // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2018. – Т. 15, № 2. – С. 68-84. DOI: 10.21292/2078-5658-2018-15-2-68-84

RECOMMENDATIONS ON INFUSION-TRANSFUSION THERAPY IN CHILDREN UNDERGOING SURGERY

ALEKSANDROVICH YU. S. (ST. PETERSBURG), VORONTSOVA N. YU. (MOSCOW), GREBENNIKOV V. A. (MOSCOW),
DIORDIEV A. V. (MOSCOW), ZHIRKOVA YU. V. (MOSCOW), KOCHKIN V. S. (MOSCOW), LAZAREV V. V. (MOSCOW),
LEKMANOV A. U. (MOSCOW), MATINYAN N. V. (MOSCOW), PSHENISNOV K. V. (ST. PETERSBURG), STEPANENKO S. M. (MOSCOW),
TSYPIN L. E. (MOSCOW), SCHUKIN V. V. (MOSCOW), KHAMIN I. G. (MOSCOW)

Recommendations on peri-operative infusion-transfusion therapy in children have been developed by the members of Association of Children Anesthesiologists and Emergency Physicians of Russia, possessing significant experience of anaesthesiologic and intensive care provided to children.

These recommendations are aimed to provide clear instructions on compilation of peri-operative infusion program in order to reduce the risk of complications related to this in children of various age groups, to enhance efficiency and safety of anaesthesiologic support in general. Recommendations do not include some specific issues of infusion therapy in specialized medical fields.

Key words: infusion-transfusion therapy, acute blood loss in children

For citations: Aleksandrovich Yu.S. (St. Petersburg), Vorontsova N.Yu. (Moscow), Grebennikov V.A. (Moscow), Diordiev A.V. (Moscow), Zhirkova Yu.V. (Moscow), Kochkin V.S. (Moscow), Lazarev V.V. (Moscow), Lekmanov A.U. (Moscow), Matinyan N.V. (Moscow), Pshenishnov K.V. (St. Petersburg), Stepanenko S.M. (Moscow), Tsylin L.E. (Moscow), Schukin V.V. (Moscow), Khamin I.G. (Moscow) Recommendations on infusion-transfusion therapy in children undergoing surgery. *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*, 2018, Vol. 15, no. 2, P. 68-84. (In Russ.) DOI: 10.21292/2078-5658-2018-15-2-68-84

Более полувека анестезиологи во всем мире используют формулу Holliday and Segar's (1957) для расчета объема интраоперационной инфузионной терапии у детей [34]. Рекомендации по качественному составу основывались на электролитно-углеводном составе грудного молока: раствор глюкозы с содержанием натрия 10–40 ммоль/л. Накопленные данные показывают, что рутинное использование такой тактики нередко приводит к гипонатриемии и/или гипергликемии, которые вызывают у детей неврологический дефицит или могут привести к летальному исходу. Два фактора являются основными причинами возникновения периоперационной гипонатриемии: (а) стресс-индуцированная продукция антидиуретического гормона, который снижает выведение свободной воды и (б) введение гипотоничных, существенно отличающихся от состава внеклеточной жидкости (ВКЖ), растворов,

как источника свободной воды [3]. Гипонатриемия может индуцировать отек мозга. У детей имеется предрасположенность к этому осложнению ввиду анатомо-физиологических особенностей центральной нервной системы и низкой активности КNaATФ-азы. Сообщается, что частота возникновения периоперационной гипонатриемии у детей достигает 31% [25].

С другой стороны, из-за высокой скорости метаболизма дети более подвержены гипогликемии и, соответственно, активации липолиза в периоперационном периоде. Персистирующая гипогликемия, особенно в неонатальном периоде, нарушает нервно-психическое развитие. Однако интраоперационное назначение 5%-ной глюкозы часто провоцирует гипергликемию из-за стресс-индуцированной резистентности к инсулину. Гипергликемия также повреждает незрелый мозг вследствие накопления

лактата и снижения внутриклеточного рН. Полный отказ от использования глюкозосодержащих растворов вызывает липолиз с образованием кетоновых тел и свободных жирных кислот. Отсутствие коммерческих растворов, отвечающих таким запросам, долгое время было одним из основных сдерживающих факторов в изменении качественного состава инфузии во время операций у детей. В связи с вышеизложенным в последние годы взгляд на интраоперационную инфузионную терапию был пересмотрен [38, 73].

Цель инфузионной терапии в интраоперационном периоде – поддержание волемического, электролитного и кислотно-основного статуса, обеспечение нормальной тканевой перфузии, метаболизма и доставки кислорода.

Дети, подвергающиеся обширным и (или) длительным оперативным вмешательствам, а также пациенты с сопутствующей патологией требуют назначения инфузионной терапии во время хирургических операций, которая складывается из трех составляющих:

- 1) поддерживающая (базовая) терапия – обеспечение водой, электролитами и глюкозой в период периоперационного голодания;
- 2) регидратация – коррекция сопутствующей гиповолемии и дегидратации;
- 3) заместительная терапия – возмещение потерь жидкости, возникающих за счет испарения из операционной раны и дыхательных путей, кровотечения, гипертермии и потерь через желудочно-кишечный тракт [1, 2, 4, 6, 33, 56, 61].

1. Интраоперационная базовая инфузионная терапия

Базовый раствор для инфузионной терапии – оптимальный состав

Цель базовой инфузионной терапии – удовлетворить нормальные потребности в жидкости, электролитах и глюкозе в течение периоперационного периода, когда ребенок пребывает в голодной паузе, ему не разрешается есть и пить. European consensus statement for intraoperative fluid therapy in children

(2011) заключил, что растворы для интраоперационной фоновой инфузии у детей должны иметь осмолярность и концентрацию натрия как можно ближе к физиологическому диапазону ВКЖ (табл. 1), содержать 1,0–2,5% глюкозы и щелочные буферы (ацетат, лактат или малат) [62].

По сравнению с ранее используемыми гипотоническими растворами для инфузии с 5%-ной глюкозой применение изотонических растворов для инфузии приводит к снижению риска гипонатриемии с возможной церебральной недостаточностью, отеком головного мозга и респираторной недостаточностью, а невысокая концентрация глюкозы (1,0–2,5%) снижает риск интраоперационной гипергликемии. Гиперхлоремический ацидоз встречается реже, если используются растворы для инфузии с более низкой концентрацией хлорида и ацетата в качестве предшественника бикарбоната по сравнению с 0,9%-ным раствором натрия хлорида («физиологическим») [22, 38, 55, 61].

Определение скорости (дозы) базовой инфузии во время хирургических операций у детей

В ряде наблюдательных исследований было показано, что интраоперационная инфузия сбалансированного изотонического солевого раствора с 1% глюкозы при среднем темпе инфузии 10 мл/кг в час у новорожденных и детей в возрасте до 4 лет приводила к стабильному кровообращению, уровню натрия, глюкозы и кислотно-основному состоянию [63]. Средняя интраоперационная интенсивность инфузии 10 мл/кг в час выше, чем поддерживающая скорость, рассчитанная согласно правилу 4–2–1 по схеме Holliday, Segar или Oh (табл. 2). Этот простой вариант расчета скорости инфузии учитывает не только физиологическую потребность в жидкости, но и дооперационный и послеоперационный периоды голодания (дефицит). Однако в случае более длительных операций и, особенно, у детей с сопутствующим дефицитом или избытком жидкости скорость инфузии базового раствора должна быть скорректирована с учетом фактических потерь.

Таблица 1. Состав электролитных растворов для интраоперационной инфузионной терапии у детей (ммоль/л) [32, 63]

Table 1. Composition of electrolytic solutions for intraoperative infusion therapy in children (mmol/L) [32, 63]

Показатель	0,9%-ный раствор NaCl	Раствор Рингера	Раствор Рингер-лактат	Раствор Хартмана	ССР1%Г	ВКЖ	Йоностерил
Na ⁺	154	147	130	131	140	142	137
K ⁺		4	5	5	4	4,5	4
Ca ⁺⁺		2,3	1	4	2	2,5	1,65
Mg ⁺⁺			1		2	1,25	1,25
Cl ⁻	154	156	112	111	118	103	110
HCO ₃ ⁻						24	0
Ацетат					30		36,8
Лактат			27	29		1,5	0
Глюкоза					55,5	3,0-5	0
Осмолярность	308	309	276	278	296	291	291

Примечание: ССР1%Г – сбалансированный солевой раствор с 1%-ной глюкозой, ВКЖ – внеклеточная жидкость

Таблица 2. Почасовая потребность в жидкости у детей [35, 49]**Table 2. The need for fluid in children per hour [35, 49]**

Масса тела	Holliday и Segar	Oh
1–10 кг	4 мл/кг в час	4 мл/кг/ч
10–20 кг	4 мл/кг в час на первые 10 кг + 2 мл/кг в час на каждый кг свыше 10 кг	20 мл + (2 × масса тела в кг), мл/ч
> 20 кг	4 мл/кг в час на первые 10 кг + 2 мл/кг в час на каждый кг свыше 10 кг + 1 мл/кг в 1 ч на оставшиеся кг	40 мл + масса тела в кг, мл/ч

Важно помнить, что все формулы служат для вычисления начального объема (отправной точки) инфузионной терапии, далее анестезиолог оценивает реакцию пациента на назначенную инфузию и проводит коррекцию [61].

Интраоперационная потребность в глюкозосодержащих растворах у детей

Несмотря на многочисленные исследования по данному вопросу, точная потребность и дозирование глюкозы не определены. Поэтому для детей наиболее оптимальным подходом остается мониторинг гликемического профиля интраоперационно и коррекция уровня глюкозы по мере необходимости. Большинство авторов считают необходимым вводить глюкозосодержащие растворы у новорожденных во время любых хирургических операций, а также у детей до 4–5 лет во время длительных оперативных вмешательств. Высокий риск развития интраоперационной гипогликемии имеют пациенты в состоянии катаболизма (например, после длительного голодания), с низкими запасами гликогена (при отставании физического развития) или из-за болезни (например, недоношенные младенцы, новорожденные с малой массой тела, получающие парентеральное питание, с заболеваниями печени).

У детей высокого анестезиологического риска и при длительных операциях следует регулярно измерять и корректировать содержание в крови глюкозы, чтобы обеспечить нормогликемию. Если концентрация глюкозы в крови интраоперационно увеличивается в пределах диапазона нормальных значений или остается стабильно на уровне верхней нормальной величины, это можно рассматривать как критерий достаточного ее количества. Периоперационный дефицит глюкозы в большинстве случаев приводит к реакции катаболизма с содержанием глюкозы на нижнем уровне диапазона нормальных значений, высвобождением кетоновых тел и/или свободных жирных кислот, а также сопровождается снижением значения ВЕ (кетоацидоз) [19, 27, 39].

Инфузия глюкозы со скоростью 3–6 мг/кг в 1 мин у таких пациентов позволяет поддерживать нормогликемию. Лучше всего она достигается применением 1,0–2,5% растворов глюкозы, так как более высокая концентрация раствора может привести к гипергликемии. При гипогликемии необходимо увеличить объем инфузии или концентрацию глюкозы (2,5–5,0%) в базовом растворе (6 мл 40%-ной глюкозы в 250 мл солевого раствора для инфузии увеличивают концентрацию глюкозы на 1%). При документированной гипогликемии для быстрой

коррекции вводят внутривенно болюсно 2 мл/кг 10%-ного раствора глюкозы [71].

У новорожденных детей следует придерживаться аналогичной тактики определения качественного и количественного состава базовой интраоперационной инфузии. Доказано, что переливание гипотоничных растворов приводит к высокой частоте гипонатриемии в неонатальном периоде, а использование сбалансированных растворов, содержащих ацетат и 1%-ную глюкозу, со сниженным содержанием хлоридов во время операций обеспечивает стабильное гемодинамическое состояние и референтные уровни натрия, глюкозы и кислотно-основное состояние [23, 63].

Когда можно не назначать инфузионную терапию во время операции? Большинство детей, за исключением новорожденных, подвергающихся малым операциям (циркумцизия, грыжесечение и т. п.) или исследованиям, требующим анестезии (МРТ, РКТ и др.), возобновляют прием воды и пищи уже в раннем послеоперационном периоде и, как правило, не требуют инфузионной терапии. При этом чтобы избежать гиповолемии, необходимо максимально сократить сроки предоперационного и послеоперационного голодания (см. часть 2) в соответствии с действующими рекомендациями и активно побуждать детей пить прозрачные жидкости за 2 ч до начала анестезии. Это позволит детям, которые проходят очень короткие хирургические процедуры (менее 1 ч) и пьют достаточные объемы, сделать ненужным периоперационную внутривенную инфузионную терапию [16, 55].

2. Восполнение дефицита жидкости

Преднаркозное голодание

Период преднаркозного голодания – это время между последним приемом пищи или жидкости и началом общей анестезии. Соблюдение режима преднаркозного голодания необходимо для предупреждения регургитации, что не исключает последующей аспирации желудочного содержимого во время вводной анестезии, всего периода анестезии, выхода из анестезии и вплоть до восстановления сознания и гортаноглоточных рефлексов [18, 65, 68].

Соблюдение режима преднаркозного голодания призвано предотвратить чрезмерно длительные голодные промежутки для недопущения дискомфорта, дегидратации, гипогликемии и кетоацидоза [27, 52].

Рекомендации распространяются на пероральный прием медицинских препаратов и углеводов перед общей анестезией и учитывают возможности раннего возобновления приема жидкости [57].

Рекомендации разработаны на принципах доказательной медицины, по результатам анализа 7 374 источников, представленных в электронных базах данных Ovid, MEDLINE и Embase. Для оценки уровня доказательности и класса рекомендаций была использована система классификации SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network scoring system), а также получено экспертное мнение ведущих профильных специалистов (для недоношенных новорожденных детей).

Эти рекомендации не предназначены для пациентов с сопутствующей патологией, которая может повлиять на опорожнение желудка – беременность (последний триместр и период родов), ожирение, сахарный диабет, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальный рефлюкс, ахалазия пищевода, непроходимость кишечника, у пациентов с трудными дыхательными путями, а также при оказании неотложной медицинской помощи. Для улучшенного восприятия рекомендации объединены в табл. 3.

Как определить степень дефицита жидкости, какие растворы использовать для восполнения дефицита, как рассчитать дозу?

Дооперационный дефицит жидкости может быть вызван: (а) недостаточным поступлением воды в организм ребенка (долгое предоперационное голодание) и/или за счет (б) повышенных потерь (рвота, диарея). В первом случае расчет необходимого объема для восполнения дефицита проводится умножением часовой потребности в жидкости (правило 4–2–1) на количество часов предоперационного голодания. Во втором случае оптимальным является определение потери массы тела, вызванной болезнью (потеря массы = потеря жидкости). Если точная масса до начала болезни не известна, оценка степени дегидратации основывается на клинических критериях степени дегидратации (1% дегидратации = 10 мл/кг потери жидкости). Оптимальным является подход, когда дефицит жидкости будет восполнен до начала анестезии.

Фурман (Furman) и др. сформировали стратегию возмещения жидкости, согласно которой половина рассчитанного дефицита ($\frac{1}{2}$ дефицита) возмещается в 1-й ч операции, а оставшаяся половина – в последующие 2 ч ($\frac{1}{4}$ дефицита во 2-й ч операции + $\frac{1}{4}$ дефицита в 3-й ч операции). Идея «дефицита» оспаривается, так как многие дети в предоперационном периоде не испытывают проблем с водным дефицитом из-за более либерального подхода к голоданию [28].

У детей с нестабильной гемодинамикой на фоне дегидратации приоритет отдается быстрому восстановлению волемического статуса. С этой целью используют повторные (чаще до 3 раз) болюсные введения сбалансированных электролитных растворов без глюкозы в объеме 10–20 мл/кг до достижения желаемого эффекта [43, 56, 61].

У новорожденных оптимальным является использование инфузионной терапии во время пе-

риода предоперационного голодания и коррекция дефицита жидкости в процессе предоперационной подготовки. Болюсные введения сбалансированных солевых растворов следует проводить в объеме 5–10 мл/кг за 15–30 мин, особенно у недоношенных новорожденных.

3. Восполнение текущих потерь

Текущие интраоперационные потери включают кровопотерю и дополнительные потери (например, из желудочно-кишечного тракта). В настоящее время наличие «третьего пространства» и учет интраоперационных потерь в «третье пространство» подвергаются сомнению [2, 4, 14]. Недооценка интраоперационных потерь является наиболее частой причиной остановки сердца во время операций у детей [17].

Выбор раствора и определение дозы

Классический подход к учету текущих потерь для планирования инфузионной терапии во время «открытых» операций варьирует в зависимости от типа хирургической травмы: при малотравматичных операциях потери составляют 1–2 мл/кг в час, торакальные операции – 4–7 мл/кг в час, абдоминальные операции – 6–10 мл/кг в час. У новорожденных с некротизирующим энтероколитом потери могут достигать до 50 мл/кг в час жидкости [45].

У детей с циркуляторной нестабильностью из-за кровопотери в первую очередь необходимо быстро нормализовать объем циркулирующей крови (ОЦК). При уменьшении ОЦК межклеточная жидкость перемещается в сосудистое русло, компенсируя потери. Следует помнить, что у детей снижение артериального давления является самым поздним признаком при гиповолемии. Дебаты относительно выбора коллоиды-кристаллоиды продолжаются до настоящего времени. Практическая стратегия заключается в болюсном введении 10–20 мл/кг сбалансированного электролитного раствора с последующей оценкой гемодинамики для восполнения ВКЖ организма и объема крови. Предусматривается и повторное введение жидкости, если не получен положительный ответ на первый болюс или предполагается развитие стойкой гиповолемии. При значительных интраоперационных потерях либеральное введение солевых растворов приводит к перегрузке жидкостью интерстициального пространства и избыточной гемодилюции, со снижением доставки кислорода и повышением риска послеоперационных осложнений. Следует отметить, что даже избыточное переливание сбалансированных электролитных растворов во время операции у детей менее нарушает осмолярность и кислотно-основное состояние по сравнению с гипотоничными растворами или физиологическим раствором, т. к. наиболее соответствует составу ВКЖ [43, 59, 60, 74].

При обширных вмешательствах следует рассмотреть возможность введения коллоидных препаратов как более выгодных для стабилизации внутрисосудистого объема, если отсутствует эффект на несколько болюсов кристаллоидов, или определить

Таблица 3. Рекомендации по преданаркозному голоданию у детей [17, 38, 40, 54, 55, 56, 62]**Table 3. Recommendations on pre-anesthetic fasting in children [17, 38, 40, 54, 55, 56, 62]**

Класс рекомендаций / Уровень доказательности	РЕКОМЕНДАЦИИ	
Дети от 1 года до 18 лет		
A / 1++	Питье прозрачных жидкостей (вода, соки без мякоти, морсы без мякоти, чай или кофе без молока) – 2 мл/кг, не более 100 мл	За 2 ч до общей анестезии
	Прием твердой пищи	За 6 ч до общей анестезии
A / 1	Грудное молоко для детей старше 1 года	За 6 ч до общей анестезии
A / 1++	Жевательная резинка и леденцы. !!! Не должны поощряться перед плановой анестезией (наркозом) !!!	За 2 ч до общей анестезии
Доношенные новорожденные и дети до 1 года		
A / 1++	Питье прозрачных жидкостей (вода, соки без мякоти, детский чай) – 2 мл/кг	За 2 ч до общей анестезии
	Кормление грудным молоком	За 4 ч до общей анестезии
	Детские смеси и другие виды молока	За 6 ч до общей анестезии
	Прием твердой пищи	За 6 ч до общей анестезии
Недоношенные новорожденные до 6 месяцев (после 6 месяцев или при достижении массы тела в 2 500 гр, режим преданаркозного голодания как у доношенных новорожденных и детей до 1 года)		
Экспертное мнение	Питье прозрачных жидкостей (вода, соки без мякоти, детский чай) – 2 мл/кг	За 2 ч до общей анестезии
	Для глубоконедоношенных, с массой тела при рождении до 1 500 г и при достижении массы тела 2 500 г – кормление грудным молоком и адаптированными смесями для недоношенных (с приставкой PRE)	За 2 ч до общей анестезии
	Кормление грудным молоком и адаптированными смесями для недоношенных (с приставкой PRE)	За 4 ч до общей анестезии
	Детские смеси, другие виды молока и прикорм	За 6 ч до общей анестезии
Медицинские препараты		
A / 1++	Не рекомендуется рутинное применение антацидных препаратов, метоклопрамида или антагонистов гистаминовых рецепторов II типа перед общей анестезией	
A / 1	Таблетированные формы медицинских препаратов и порошки	За 6 ч до общей анестезии
	Жидкие лекарственные препараты (в том числе в виде сиропов)	За 2 ч до общей анестезии
Углеводы		
A / 1++	Питье богатых углеводами прозрачных жидкостей (включая пациентов с сахарным диабетом) – 2 мл/кг, не более 100 мл	За 2 ч до общей анестезии
Энтеральное зондовое питание		
A / 1	Пациенты, находящиеся на энтеральном зондовом питании	За 30 мин до общей анестезии зонд должен быть открыт. Перед началом анестезии зонд должен быть удален
Возобновление приема прозрачной жидкости		
A / 1++	После планового оперативного вмешательства разрешено возобновление приема прозрачных жидкостей по желанию пациента	
Анестезия в неотложных ситуациях		
A / 1++	Задержка опорожнения желудка в неотложных случаях может быть связана с влиянием боли, назначением опиоидов или желудочно-кишечной обструкцией. Поэтому запрет приема пищи для этих пациентов никогда не сделает их подготовленными «натощак и плановыми». Воздержание от приема пищи у неотложных пациентов не может обеспечить опорожнение желудка и не должно откладывать хирургическое вмешательство	

Примечания:

- Можно разрешить ребенку до 1 года для комфорта «ненутритивное» сосание (прикладывать к сцеженной груди).
- Лучшей прозрачной жидкостью для ребенка считается разведенный осветленный яблочный сок, который содержит большее количество карбоангидратов (HCO_3) и электролитов, чем вода и чай, а также могут быть рекомендованы прозрачные компоты и морсы без ягод [20].
- После операций, особенно кратковременных, при отсутствии клинических противопоказаний следует использовать свободный режим питья, без периода голода

другую патофизиологическую причину нестабильности гемодинамики, кроме гиповолемии. Использовать компоненты крови только для возмещения

объема (не для коррекции анемии и коагуляции) в качестве альтернативы коллоидным препаратам является недопустимым [15].

В определении качественного состава возмещения кровопотери следует ориентироваться на максимально допустимый объем кровопотери (МДОК):

$$\text{МДОК} = \text{масса (кг)} \times \text{ОЦК (мл/кг)} \times (\text{Ht}_{\text{исх}} - \text{Ht}_{\text{ндг}}) / \text{H средн.}$$

ОЦК – объем циркулирующей крови (табл. 4),
Ht_{исх} – исходный гематокрит больного,
Ht_{ндг} – наименьший допустимый гематокрит,
Ht средний – среднее значение от Ht_{исх} и Ht_{ндг}

Таблица 4. Объем циркулирующей крови у детей
Table 4. The volume of circulating blood in children

Возраст пациента	ОЦК, мл/кг
Недоношенные новорожденные	80–100
Доношенные новорожденные	80–90
От 3 месяцев до 1 года	75–80
От 1 года до 6 лет	70–75
Старше 6 лет	65–70

Кровопотеря менее 2/3 МДОК возмещается кристаллоидными растворами, кровопотеря от 2/3 МДОК до МДОК возмещается коллоидными препаратами, кровопотеря, равная или более МДОК, возмещается компонентами крови.

Для новорожденных и детей первого года жизни инфузионную терапию во время операции проводят с обязательным использованием шприцевых дозаторов для предотвращения избыточного введения жидкости. Рекомендуется использовать две помпы: одну для базовой инфузии, другую для возмещения жидкости.

Показания для назначения коллоидных препаратов. Какой коллоид? Расчет дозы

В интраоперационном периоде коллоидные растворы используются только как препараты второй линии после двух-трехкратного введения сбалансированных электролитных растворов и отсутствия клинического эффекта. При назначении коллоидных препаратов следует помнить о большей частоте побочных эффектов в виде аллергии, почечной дисфункции и влиянии на систему гемостаза. Из-

быточное использование коллоидов приводит к гиповолемии с повреждением эндотелия сосудов и дилуционной коагулопатии [13, 16, 61].

При острой и/или продолжающейся кровопотере, превышающей 10% от ОЦК, используются препараты на основе желатины или синтетические коллоиды (гидроксиэтилкрахмалы¹). Существенных различий по клиническому эффекту между естественными и синтетическими коллоидными растворами нет [24, 41]. Крайне важно отметить, что с января 2018 г. применение растворов на основе гидроксиэтилкрахмалов в клиниках европейских стран приостановлено в связи с высокими рисками развития осложнений [35]. Следует подчеркнуть, что назначение растворов гидроксиэтилкрахмалов у детей в Российской Федерации не рекомендуется (письмо Министерства здравоохранения РФ № 20-3/41 от 16.01.2017 г.).

При назначении плазмозаменителей предпочтение следует отдавать коллоидным растворам на основе желатины или низкомолекулярным растворам гидроксиэтилкрахмалов (Мг = 130 кДа) со степенью замещения 0,4. Волемический эффект современных препаратов как на основе желатина, так и на основе гидроксиэтилкрахмалов составляет 100%, при этом средняя продолжительность волемического эффекта составляет 3–4 ч. Препараты на основе желатина назначаются в дозе 10–20 мл/кг путем повторных болюсных введений в течение 15–30 мин до достижения клинического эффекта. Применение растворов на основе гидроксиэтилкрахмала (HES) для коррекции гиповолемии на фоне острой кровопотери показано только в случаях, когда монотерапия кристаллоидами считается недостаточно эффективной. Рекомендуемая стартовая доза 6%-ных растворов на основе гидроксиэтилкрахмала составляет 10–15 мл/кг. Максимально суточная доза равна 30 мл/кг [12, 40, 58].

Противопоказаниями к назначению растворов на основе гидроксиэтилкрахмалов являются почечная недостаточность или проведение почечной заместительной терапии, сепсис, ожоги, тяжелая коагулопатия, продолжающееся внутримозговое или внутримозговое кровоизлияние, гипергидратация, отек легких, дегидратация, тяжелая гипернатриемия или тяжелая гиперхлоремия, тяжелая печеночная

¹ **От редакции.** Обращаем внимание на неоднозначное отношение к использованию препаратов на основе гидроксиэтилкрахмала в клинической практике. 11.06.2013 г. Управление по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (FDA) пришло к выводу о риске повышенной летальности и повреждения почек у взрослых пациентов при использовании гидроксиэтилкрахмала. В 2013 г. Европейской комиссией также были пересмотрены показания и противопоказания к применению данных плазмозамещающих сред с запрещением использовать их у больных с сепсисом, ожогами и у пациентов в критическом состоянии. Рекомендовано применять данные препараты только для лечения гиповолемии вследствие кровопотери, когда переливание одних кристаллоидов оказывается недостаточным. Кроме того, ограничения предусматривали уменьшение максимальной дозы и продолжительности применения (до 24 ч). В том же году МЗ РФ и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения рекомендовали производителям данных сред привести содержание инструкций в соответствие с международными требованиями, что и было сделано компаниями «Берлин-Хеми АГ» в 2013 г., «Б/Браун Мельзунген АГ» в 2014 г., «Фрезениус-Каби» – в 2016 г. Ограничения по использованию средств данной группы были окончательно оформлены приложением № 1 к письму МЗ РФ от 16 января 2017 г. № 20-3/41 «О необходимости внесения изменений в инструкции по применению зарегистрированных в РФ лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих в качестве действующего вещества гидроксиэтилкрахмал», в котором применительно к практике педиатрии было указано «Опыт медицинского применения у детей ограничен, в связи с чем применение препаратов ГЭК у данной возрастной группы не рекомендуется». Таким образом, прямой запрет на использование препаратов ГЭК у детей не появился, но и целесообразность их применения поставлена под сомнение. Редакция советует тщательно взвешивать все «за» и «против» при принятии решения об использовании препаратов данной группы в детской практике. Вопрос о дальнейшей судьбе препаратов на основе гидроксиэтилкрахмала остается открытым. Окончательное решение предполагается принять после целенаправленного многоцентрового исследования, которое будет проведено специальной экспертной группой, создаваемой Европейской комиссией.

недостаточность, повышенная чувствительность к компонентам препарата (письмо Министерства здравоохранения РФ № 20-3/41 от 16.01.2017 г.). Эффективность и безопасность применения препаратов на основе гидроксипрохлорида у новорожденных в настоящее время не доказана, поэтому их назначения следует избегать. При высоком риске развития побочных эффектов необходимость применения коллоидных растворов у детей следует тщательно оценивать и обосновывать.

По некоторым данным, раствор альбумина (чаще 5%) может быть предпочтительным у доношенных и недоношенных новорожденных и детей первого года жизни [30, 47].

В случае проведения обособленной гемотрансфузии (эритроцитарная взвесь, свежемороженая плазма – СЗП) назначение гемодинамических кровезаместителей также должно быть сведено к минимуму [61].

4. Интраоперационное переливание компонентов крови

Появляется все больше доказательств того, что либеральная тактика относительно переливания компонентов крови приводит к повышению количества осложнений у детей. Поэтому использование препаратов крови должно быть уменьшено дооперационной оптимизацией показателей, использованием методов сохранения крови во время операции и строгого подхода к показаниям и проведению интраоперационных гемотрансфузий [49].

Эритроцитсодержащие компоненты крови (ЭСМК)

Общие положения [10, 11]:

1. Трансфузия эритроцитарных компонентов должна начинаться не позднее чем через 2 ч после изъятия компонента из холодильного оборудования и согревания до 37°C.

2. На всех этапах перемещения трансфузионной среды ее местонахождение должно фиксироваться в журналах.

3. Пробы на индивидуальную и групповую совместимость проводятся во всех случаях плановой трансфузии.

4. Биологическая проба проводится даже в случае экстренной трансфузии компонента.

Биологическая проба у детей старше года проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и (или) ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в 1 мин. После этого переливание прекращается и в течение 3 мин осуществляется наблюдение за состоянием реципиента. При появлении в этот период клинических симптомов (озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты) трансфузию немедленно прекращают.

Биологическая проба у новорожденных и детей младше года состоит в трехкратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента в течение 3–5 мин при закрытой системе для переливания

крови. Объем вводимого компонента для детей до 1 года составляет 1–2 мл. При отсутствии реакций и осложнений трансфузию компонентов продолжают.

Характеристика трансфузионных эритроцитсодержащих сред:

Эритроцитарная масса – компонент, получаемый после удаления из крови части плазмы. Гематокрит составляет 65–75%. Доза содержит все эритроциты, находившиеся в исходной дозе крови, большую часть лейкоцитов и разное количество тромбоцитов, зависящее от метода центрифугирования. Каждая доза должна содержать минимум 45 г гемоглобина.

Эритроцитарная масса без лейкотромбоцитарного слоя – компонент, получаемый из крови после удаления части плазмы и лейкотромбоцитарного слоя. Гематокрит составляет 65–75%. Доза содержит все эритроциты; содержание лейкоцитов менее $1,2 \times 10^9$ /л, тромбоцитов – менее 10×10^9 /л.

Эритроцитарная взвесь – компонент, выделяемый из крови центрифугированием и удалением плазмы с последующим добавлением к осадку раствора с субстратами энергетического метаболизма. Допускается гематокрит 50%. Каждая доза должна содержать 45 г гемоглобина. Содержит все эритроциты из исходной дозы крови, большую часть лейкоцитов ($2,5\text{--}3,0 \times 10^9$ /л) и различное число тромбоцитов в зависимости от способа центрифугирования.

Эритроцитарная взвесь фильтрованная – компонент, выделяемый из крови центрифугированием и удалением плазмы и лейкотромбоцитарного слоя, с последующим добавлением к осадку раствора с субстратами энергетического метаболизма. Допускается гематокрит 50%. Каждая доза должна содержать 43 г гемоглобина. Содержит все эритроциты из исходной дозы крови, содержание лейкоцитов менее $1,2 \times 10^9$ /л и число тромбоцитов менее 10×10^9 /л.

Отмытые эритроциты – компонент, получающийся при центрифугировании крови и удалении плазмы с последующим отмыванием эритроцитов в изотоническом растворе. Этот компонент представляет собой суспензию эритроцитов, из которой удалена большая часть плазмы, лейкоцитов, тромбоцитов. Остаточное количество плазмы зависит от процедуры отмывания. Готовый компонент содержит 40 г гемоглобина.

Размороженные эритроциты – это эритроцитарная масса, замороженная в первые 7 дней с момента заготовки крови с использованием криопротектора (глицерина). В последующем они размораживаются и отмываются в изотоническом растворе хлорида натрия. Восстановленная доза криоконсервированных эритроцитов практически не содержит плазменных белков, гранулоцитов и тромбоцитов. Каждая доза должна содержать не менее 36 г гемоглобина.

Интраоперационная трансфузия компонентов крови производится врачом-трансфузиологом или иным специалистом (анестезиологом-реаниматологом, свободным от проведения наркоза, или

хирургом, свободным от проведения операции). Новорожденным и детям до 1 года переливаются эритроцитсодержащие компоненты, обедненные лейкоцитами [10].

Показания к трансфузии ЭСКК [10, 11, 21, 46, 49, 55]:

- острая анемия вследствие массивной кровопотери (раздел «Массивная кровопотеря»);
- и интраоперационной кровопотери более 20–30% ОЦК;
- снижение уровня гемоглобина ниже 70 г/л у больного со стабильными показателями гемодинамики, не имеющего продолжающегося кровотечения (1С);
- снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л у больного с клиническими признаками анемического синдрома или при продолжающемся кровотечении.

При ряде заболеваний (например, некоторые ВПС, серповидно-клеточная анемия) пороговые значения гемоглобина для трансфузии будут выше. У новорожденных и недоношенных детей пороговые значения гемоглобина, требующие трансфузии эритроцитарных компонентов во время операции и в послеоперационном периоде, представлены в табл. 5.

Таблица 5. Пороговые значения Hb для новорожденных и недоношенных детей [47]

Table 5. Threshold values of Hb in newborns and premature born children [47]

Постнатальный возраст	Пороговые значения гемоглобина (г/л)	
	На ИВЛ	Кислород/NIPPV
Первые 24 ч жизни	< 120	< 120
1–7-й день жизни	< 120	< 100
1–14-й день жизни	< 100	< 95
15 сут и более	< 100	< 85

Расчет дозы и скорости введения

Объем трансфузии ЭСКК, необходимый для достижения целевого уровня гематокрита, можно рассчитать по формуле:

$$\text{Объем (мл)} = \frac{\text{Ht целевой} - \text{Ht пациента}}{\text{Ht эритроцит-содержащего компонента}} \times \text{ОЦК}$$

Величина ОЦК у детей различных возрастных групп – см. табл. 4.

При отсутствии критической ситуации доза составляет 10–15 мл/кг и скорость трансфузии эритроцитсодержащих компонентов не должна превышать 5 мл/кг в час.

Свежезамороженная плазма

СЗП представляет собой замороженную жидкую часть крови, освобожденную от эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. В СЗП содержатся фибриноген, а также факторы свертывающей системы крови II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XIII и фактор Виллебранда.

Уровень содержания факторов свертывания представлен в табл. 6.

Таблица 6. Содержание факторов свертывания в свежемороженой плазме после размораживания [58]

Table 6. Content of blood-coagulation factor in fresh frozen plasma after defrosting [58]

Фактор	Содержание в % от исходных значений при заготовке
V	88
VIIc	70
VIII	76
IX	64
Антитромбин	60
Фибриноген	94

Переливаемая СЗП донора должна быть той же группы по системе АВО, что и у реципиента. Группа по системе резус не учитывается, поскольку СЗП представляет собой бесклеточную среду, однако при переливании больших объемов СЗП (более 1 л у взрослых) соответствие донора и реципиента по антигену D должно учитываться обязательно.

После размораживания трансфузию СЗП необходимо начать в течение 1 ч, продолжительность трансфузии не должна продолжаться более 4 ч. При отсутствии потребности в использовании размороженной плазмы ее хранят в холодильном оборудовании при температуре 2–6°C в течение 24 ч [9, 10].

Дозирование. Начальная доза СЗП составляет 10 мл/кг. У детей объем СЗП, равный 10–15 мл/кг, повышает уровень факторов свертывания на 15–20%. Следует помнить, что терапевтический эффект начинается при повышении уровня факторов на 10% и выше.

Показанием для назначения СЗП являются документально подтвержденный значительный дефицит факторов свертывания у пациентов с активным кровотечением (а) или которым предполагаются инвазивные процедуры/операции (б), а именно [10, 46]:

1. *Острая массивная кровопотеря (см. раздел массивная кровопотеря).*

2. *Острый ДВС-синдром, осложняющий течение шоков различного генеза (септического, гиповолемического) или вызванный другими причинами (краш-синдром, тяжелая травма с размождением тканей, обширные хирургические операции, особенно на легких, сосудах, головном мозге, простате), синдром массивных трансфузий.* У детей отсутствуют четкие рекомендации по применению СЗП и криопреципитата при ДВС-синдроме. Рекомендации 2013 г. комитета по изучению и стандартизации ДВС-синдрома Международного общества по изучению тромбоза и гемостаза предлагают назначение СЗП пациентам, имеющим активное кровотечение, сопровождающееся удлинением ТВ и/или АЧТВ в 1,5 раза и более или снижением уровня фибриногена менее 1,5 г/л (2С). У детей очень низкий

уровень фибриногена (0,5 г/л и менее) или быстрое снижение уровня фибриногена является показанием для назначения криопреципитата, содержащего больший уровень фибриногена в меньшем объеме (одна доза преципитата содержит около 250 мг фибриногена) [67].

3. *Болезни печени, сопровождающиеся снижением продукции плазменных факторов свертывания и, соответственно, их дефицитом в циркуляции (острый фульминантный гепатит, цирроз печени).* Стандартные лабораторные тесты у пациентов с заболеваниями печени не отражают риск развития кровотечения и не должны быть использованы в качестве изолированного показателя для назначения СЗП и криопреципитата [70].

4. *Коагулопатия, обусловленная дефицитом плазменных факторов свертывания, когда эти препараты недоступны.* Наследственный дефицит плазменных факторов свертывания рекомендуется корректировать концентратами конкретных факторов свертывания (1В). Единственным фактором, который в настоящее время недоступен в виде концентрата, является фактор V, при его дефиците рекомендуется назначение СЗП. Фактор XI может использоваться как изолированный концентрат, так и в составе протромбинового комплекса [16, 40]. Применение СЗП возможно при недоступности концентратов факторов или при ожидании подтверждения диагноза и необходимости проведения экстренной терапии. В этих случаях обычно СЗП назначается в дозе 20 мл/кг. Низкий уровень фибриногена рекомендуется корректировать концентратом фибриногена, а при его недоступности – криопреципитатом (1С). Интраоперационное назначение СЗП может происходить до получения результатов коагуляционных тестов в случае имеющейся кровопотери более 10% ОЦК и продолжающегося кровотечения с темпом, близким к высокому (1,0–1,5 мл/кг в 1 мин).

Относительно новорожденных существуют аналогичные показания для переливания СЗП: (а) кро-

вотечение со значительными нарушениями коагуляции, (б) значительные нарушения свертывающей системы при необходимости хирургических вмешательств. Пороги показателей для переливания СЗП у новорожденных представлены в табл. 7.

Тромбоконцентрат

Тромбоконцентрат – это суспензия жизнеспособных и гемостатически активных тромбоцитов в плазме, приготовленная методом серийного центрифугирования донорской крови (1 доза содержит не менее 55×10^9 клеток). Такое количество считается одной единицей тромбоцитного концентрата, переливание которой должно увеличивать количество тромбоцитов у реципиента с площадью поверхности тела $1,8 \text{ м}^2$ примерно на $5\text{--}10 \times 10^9/\text{л}$ при отсутствии у него признаков кровотечения. Второй метод приготовления тромбоконцентрата – метод аппаратного тромбоцитафереза крови донора, в этом случае терапевтическая доза концентрата содержит не менее 200×10^9 клеток [10, 46].

Хранение тромбоконцентрата осуществляют в пластиковых контейнерах при температуре от $+20$ до $+24^\circ\text{C}$ и постоянном перемешивании, что способствует сохранению их жизнеспособности. Срок хранения тромбоконцентрата составляет от 3 до 5 сут.

Трансфузируемые тромбоциты должны быть совместимы по системе АВ0 и системе резус-фактора (D), в urgentных случаях допускается трансфузия O(I) группы крови другим реципиентам. Тромбоцитный концентрат содержит примесь стволовых клеток, поэтому для профилактики реакции «трансплантат против хозяина» у больных с иммунодепрессией при трансплантации костного мозга тромбоцитный концентрат перед переливанием должен быть облучен в дозе 1 500 рад [10].

Показания для переливания тромбоконцентрата определяются уровнем тромбоцитов и в большинстве случаев должны быть скорректированы до хирургической операции. Необходимость в интраоперационном переливании тромбоцитов может

Таблица 7. Оценка коагулопатии у новорожденных и выбор тактики [24]

Table 7. Assessment of coagulopathy in newborns and choice of tactics [24]

Возраст	Фибриноген, мг/дл	РТ протромбиновое время, с	РТТ частичное тромбопластиновое время, с
Новорожденные: менее 28 недель	< 71	> 21	> 64
28–34 недели	< 87	> 21	> 57
30–36 недель	< 150	> 16	> 79
доношенные	< 167	> 16	> 55
Рекомендации: без кровотечения с кровотечением или инвазивные процедуры	Наблюдение (2В) криопреципитат 5–10 мл/кг (IVC)	Наблюдение (2В) СЗП 15–20 мл/кг (IIIB)	Наблюдение (2В) СЗП 15–20 мл/кг (IIIB)
Новорожденные 30– 36/доношенные недель: 5 дней	< 160/162	> 15/15	> 74/60
30 дней	< 150/162	> 14/14	> 62/55
Дети без кровотечения Дети с кровотечением или необходимостью операции	Наблюдение (2В) Криопрец	Наблюдение (2В) СЗП 15–20 мл/кг (IIIB)	Наблюдение (2 В) СЗП 15–20 мл/кг (IIIB)

быть продиктована экстренностью хирургического вмешательства у детей с тромбоцитопенией или массивной кровопотерей [32, 46, 56]:

- 1) небольшие операции: tr не менее $20 \times 10^9/l$;
 - 2) вмешательства с риском кровотечения: tr не менее $50 \times 10^9/l$;
 - 3) вмешательства с высоким риском кровотечения: менее $75-100 \times 10^9/l$;
 - 4) спинальная анестезия: tr не менее $50 \times 10^9/l$;
 - 5) эпидуральная анестезия: tr не менее $80 \times 10^9/l$.
- Массивная операционная кровопотеря (см. часть массивная кровопотеря).

Показания к переливанию тромбоконцентра- та у новорожденных: менее $25 \times 10^9/l$ – в любом случае, менее $50 \times 10^9/l$ – у детей с кровотечением, серьезной коагулопатией или необходимостью хирургических вмешательств, менее $100 \times 10^9/l$ – дети с серьезным кровотечением или необходимостью обширных и травматичных операций.

Расчет терапевтической дозы осуществляет- ся следующим способом: $50-70 \times 10^9$ тромбоци- тов на каждые 10 кг массы тела реципиента или $200-250 \times 10^9$ тромбоцитов на 1 м² поверхности тела реципиента. Доза тромбоцитов 5–10 мл/кг (или 1 доза (40 мл) на 10 кг) в идеале увеличивает концентрацию тромбоцитов на 100 тыс в 1 мл. Но на самом деле «ответ» на трансфузию тромбоцитов существенно меньше. Это может быть связано с ак- тивным кровотечением, ДВС-синдромом, сепсисом, лихорадкой, гиперспленизмом, НЛА-аллоиммуни- зацией, иммунной тромбоцитопенической пурпу- рой.

В некоторых случаях количество переливаемых тромбоцитов может быть увеличено: при сплено- мегалии количество переливаемых тромбоцитов увеличивается на 40–60%, при инфекционных ос- ложнениях – в среднем на 20%, при выраженном ДВС-синдроме, массивной кровопотере, явлениях аллоиммунизации – на 60–80%.

Новорожденным назначают 10–20 мл/кг со ско- ростью 10–20 мл/кг в час.

Массивная операционная кровопотеря у детей
Массивная операционная кровопотеря (МОК) – жизнеугрожающее критическое состояние, сопро- вождающее обширные хирургические вмешательства, в патогенезе которого доминируют тяжелая пер- систирующая гиповолемия, анемия и угрожающая коагулопатия в сочетании с мощным шокогенным симпатoadреналовым стрессом, требует неотлож- ных мер для предотвращения развития геморра- гического шока и полиорганной недостаточности. МОК – это потеря крови 80 мл/кг в течение 24 ч, 40 мл/кг в течение 3 ч или 2–3 мл/кг в 1 мин [46].
Массивная кровопотеря в результате травмы у детей встречается реже, чем у взрослых. Наиболее часто выраженная кровопотеря отмечается во время оперативных вмешательств. Для достижения кри- тических значений прокоагулянтных факторов тре- буются значительные объемы кровопотери. Но это утверждение справедливо только при адекватном

хирургическом гемостазе, поскольку при сохраняю- щемся кровотечении развивающаяся гемодилюция и гипоперфузия приводят к прогрессивному ухуд- шению функции гемостаза.

Если предполагается операция с высоким риском МОК, все необходимые подготовительные орга- низационные и технические мероприятия должны быть обеспечены до начала операции. Если любая хирургическая операция осложняется МОК, то сле- дует действовать согласно разработанному локаль- ному алгоритму (пример, табл. 8. Алгоритм терапии МОК), который должен находиться в распечатан- ном виде в каждой операционной [46].

Таблица 8. Алгоритм терапии массивной операционной кровопотери у детей [47]

Table 8. Algorithm for therapy of massive blood loss in children [47]

Массивная кровопотеря	
Полный анализ крови Тромбоэластограмма или коагулограмма Газы крови, электролиты	Дополнительные условия на всех этапах для оптимальной коагуляции: Нормотермия (или $> 35^{\circ}C$) Ионизированный $Ca^{++} > 1$ ммоль/л $pH > 7,2$ Лактат < 1 ммоль/л
Введение транексамовой кислоты 15 мг/кг	
Начните немедленно переливание эритроцитсодержащих компонентов крови в дозе 20 мл/кг O(1) отрицательных или специфичных по системе ABO резус По показаниям СЗП/тромбоконцентрат в соотношении 1:1:1	
Если продолжается кровотечение	
Если нет лабораторных данных: Продолжить переливание эритроцитов 15–20 мл/кг СЗП 10–15 мл/кг	Если доступны лабораторные результаты: Продолжить трансфузию, чтобы достигнуть гемоглобин > 80 г/л тромбоциты $> 75 \times 10^9/l$ фибриноген $> 1,5$ г/л ПВ $< 1,5$
Если переливание эритроцитов > 40 мл/кг рассматривается введение тромбоцитов 10–15 мл/кг криопреципитат 10 мл/кг	

Пояснения к алгоритму МОК

- 1. Проводить активные реанимационные меро- приятия и контролировать кровотечение (хирурги- ческий гемостаз).
- 2. При продолжающемся активном кровотече- нии рассмотреть вопрос о назначении тромбоцитов и криопреципитата [32]. Тромбоциты назначаются в дозе 15–20 мл/кг после каждых 40 мл/кг эритро- цитов. Криопреципитат 10 мл/кг [10].
- 3. Ключевой рекомендацией является возмож- ность раннего применения СЗП, тромбоцитов и криопреципитата для снижения риска развития коагулопатии и тромбоцитопении (1С) [36, 46].
- 4. Относительно новорожденных используются те же принципы терапии МОК [29].

5. Транексамовую кислоту при генерализованном фибринолизе вводят в разовой дозе 15 мг/кг каждые 6–8 ч, скорость введения — 1 мл/мин (1А). Также может использоваться у детей до операции, если предполагается значительная кровопотеря (1В) [36]. Neonatal and Paediatric Pharmacists Group (RCPCH, 2012) рекомендует введение транексамовой кислоты в дозе 15 мл/кг, максимум 1 000 мг (в течение 10 мин), после в дозе 2 мг/кг в час в течение последующих 8 ч или до остановки кровотечения [46].

6. Рекомендуется трансфузия концентрата фибриногена при острой кровопотере, сопровождающейся снижением уровня фибриногена ниже 1,5–2,0 г/л или при снижении активности фибриногена по тромбэластограмме (ТЭГ) (1С). Основным медицинским показанием для трансфузии *криопреципитата* является гипофибриногенемия [5]. Доза рассчитывается следующим образом: необходимое количество фактора VIII для переливания (в ед) = [ОЦК (мл) × (1,0–Ht)] × (необходимый уровень фактора VIII – имеющийся уровень фактора VIII) необходимое количество фактора VIII для переливания (в ед): 100 ед = количество доз криопреципитата, необходимого для разовой трансфузии (переливания). Для гемостаза поддерживается уровень фактора VIII до 50% во время операции и до 30% в послеоперационный период. Одна единица фактора VIII соответствует 1 мл СЗП. Криопреципитат, полученный из одной дозы крови, содержит не менее 70 ед фактора VIII. Криопреципитат донора должен быть той же группы по системе АВО, что и у реципиента. Показания для переливания у новорожденных практически те же, что и у взрослых детей: при низком уровне фибриногена, но и вторично при дисфункции печени.

7. При возможности переливание отмытых эритроцитов – реинфузия аутологичной крови (Cell Saver) (2С). *Метод отмытых эритроцитов*: интраоперационной реинфузией аутологичной крови называется сбор крови пациента, теряемой в ходе операции и реинфузируемой непосредственно во время операции или в ближайшие 6 ч после нее. Эритроциты отделяются путем центрифугирования и последующей промывки 0,9%-ным физиологическим раствором, в то время как другие компоненты, такие как плазма, фибрин, микроагрегаты, осколки клеток, жир, свободный гемоглобин и гепарин, удаляются. Затем отмытые аутоэритроциты через лейкоцитарный фильтр возвращаются пациенту. В зависимости от режима отмывания уровень гематокрита в сохраненных клетках варьирует в пределах от 55 до 80% [26].

8. Рекомендуется трансфузия тромбоконцентрата при уровне тромбоцитов ≤ 50.000 – $100.000 \mu\text{l}^{-1}$ (2С) [36].

9. Не рекомендуется профилактическое назначение rFVIIa ввиду повышения риска фатального тромбоза (1В). Назначение off-label rFVIIa рекомендуется в случае жизнеугрожающего кровотечения,

которое не удается остановить другими методами, включая хирургический или ангиохирургический метод (2С) [36].

10. Своевременное использование кардиовазотоников (эфедрина, допамина, норадреналина, мезатона, иногда адреналина) для поддержания пост- и преднагрузки в случаях возможного или развивающегося кризиса гемодинамики и гиповолемического шока; то есть широкое применение инфузии норадреналина (для компенсации вазодилатации, связанной с анестезией в дозе 0,02–0,15 мкг/кг в 1 мин, а также на высоте кровопотери для сохранения перфузии мозга и миокарда (максимальная доза 0,5–0,8 мкг/кг в 1 мин).

11. На фоне кризиса гемодинамики в условиях вынужденного снижения подачи ингаляционного анестетика приветствуется введение кетамина.

5. Мониторинг при проведении интраоперационной инфузионной терапии у детей

Важным этапом гемодинамической оценки у детей с высоким хирургическим и анестезиологическим риском остается клиническое обследование в дооперационном периоде. Достижение гемодинамической стабильности и обеспечение адекватной доставки кислорода в периоперационный период имеют первостепенное значение и являются основным компонентом анестезиологического пособия [69]. Фундаментальную роль в анестезиологии-реаниматологии играет гемодинамический мониторинг (ГМ), так как он позволяет не только определить направление патофизиологических процессов, но и выбрать соответствующий вид терапии. Неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия может привести к падению сердечного выброса (СВ) и доставки кислорода, что приводит к увеличению количества осложнений. ГМ посредством изменений важнейших динамических параметров сердечно-сосудистой системы в реальном времени служит основным руководством для внутривенного введения жидкостей, а также вазопрессорной и инотропной терапии [20].

Необходимо отметить некоторые ключевые принципы ГМ: 1) никакой ГМ не может улучшить результат сам по себе; 2) нет оптимальных показателей гемодинамики, которые могут быть применены ко всем пациентам; 3) необходимо ориентироваться на несколько показателей одновременно; 4) важно отслеживать не единичные измерения, а их динамику [66].

Объем используемого мониторинга у детей прежде всего зависит от тяжести состояния ребенка и операционно-анестезиологического риска. Для минимального риска (ASA I–II) и низкого хирургического риска достаточно стандартного мониторинга: ЭКГ в одном из отведений, неинвазивное АД, пульсоксиметрия, центральная температура, почасовой диурез, содержание кислорода во вдыхаемой смеси (FiO_2) [7]. В случае проведения искусственной вентиляции легких в обязательном порядке добавляется содержание CO_2 в выдыхаемой смеси и

герметичность дыхательного контура. Это касается и новорожденных.

При повышении риска по ASA III–IV и/или риска операции увеличивается необходимость в дополнительном мониторинге, который сможет обеспечить более надежную и объективную оценку функции сердечно-сосудистой системы и оксигенации тканей [72]. Главными детерминантами интраоперационного мониторинга в этом случае являются СВ, доставка кислорода и периферическое сосудистое сопротивление.

Среди неинвазивных методов мониторинга СВ у детей наибольшую ценность имеют ультразвуковые методы. К сожалению, пищеводная доплерография с помощью специальных мониторов малодоступна у детей. Поэтому можно использовать эхокардиографию или трансторакальную доплерографию, которые позволяют получить достоверные результаты как у детей, так и новорожденных [5, 8]. Из инвазивных методов стандартом становится метод транспульмональной термодилуции (PiCCO-технология). В качестве показателя кислородного транспорта может быть использован мониторинг насыщения центральной венозной крови кислородом (ScvO₂). В ряде исследований продемонстрировано, что поддержание ScvO₂ на уровне более 70%

у детей с шоком приводит к значимому снижению летальности. В идеале необходимо регулярно измерять уровень гемоглобина или гематокрита во время операции. Что касается центрального венозного давления, его можно использовать для динамической оценки ответа организма на нагрузку жидкостью, хотя интерпретация этих данных в последние годы вызывает сомнения.

Наконец, в ряде случаев необходим инвазивный мониторинг АД [7]. При критических состояниях в операционной данные неинвазивного АД у детей могут существенно отличаться от истинных цифр [51]. Особенно важно инвазивное определение АД у новорожденных [42].

Контроль электролитов, газов крови, гемокоагуляции проводится при необходимости. В целом выбор мониторинга существенно зависит от конкретной ситуации и возможностей технического обеспечения. До настоящего времени уровни доказательности при мониторинге интраоперационной инфузионной терапии у детей отсутствуют.

Показатели мониторинга регистрируют в специальных (адаптированных для конкретного лечебного учреждения) анестезиологических картах не реже чем один раз в 10 мин и сохраняют их в истории болезни.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрович Ю. С., Гордеев В. И., Пшениснов К. В. Анестезия в педиатрии. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2013. – 160 с.
2. Александрович Ю. С., Гордеев В. И., Пшениснов К. В. Интраоперационная инфузионная терапия в педиатрической практике // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 58–65.
3. Александрович Ю. С., Пшениснов К. В. Расстройства баланса натрия и его коррекция у детей с тяжелой сочетанной травмой // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2014. – Т. 4, № 2. – С. 64–71.
4. Александрович Ю. С., Пшениснов К. В. Инфузионная терапия у детей. – СПб.: Тактик-студия, 2015. – 164 с.
5. Боронина И. В. и др. Возможность использования ультразвукового монитора неинвазивного контроля гемодинамики у новорожденных // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – № 2.
6. Гордеев В. И. Практикум по инфузионной терапии при неотложных состояниях у детей. 2-е изд. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014. – 192 с.
7. Лекманов А. У. Рекомендательный протокол по мониторингу детей при общей анестезии и интенсивной терапии // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – № 1. – С. 112–123.
8. Лекманов А. У., Азовский Д. К., Пилютин С. Ф. Сравнение методов трансторакальной доплерографии и транспульмональной термодилуции при анализе гемодинамических показателей у детей с тяжелой термической травмой // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – № 1. – С. 42–50.
9. Постановление Правительства РФ от 26 января 2010 г. № 29 «Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии» (с изменениями от 12 октября 2010 г.)

REFERENCES

1. Aleksandrovich Yu.S., Gordeev V.I., Pshenisnov K.V. *Anesteziya v pediatrii*. [Anesthesia in pediatrics]. St. Petersburg, ELBI-SPb Publ., 2013, 160 p.
2. Aleksandrovich Yu.S., Gordeev V.I., Pshenisnov K.V. Peri-operative infusion therapy in pediatric practice. *Rossiyskiy. Vestnik Detskoy Khirurgii, Anesteziologii I Reanimatologii*, 2013, vol. 3, no. 2, pp. 58–65. (In Russ.)
3. Aleksandrovich Yu.S., Pshenisnov K.V. Disorders of sodium balance and its management in children with severe concurrent trauma. *Rossiyskiy. Vestnik Detskoy Khirurgii, Anesteziologii I Reanimatologii*, 2014, vol. 4, no. 2, pp. 64–71. (In Russ.)
4. Aleksandrovich Yu.S., Pshenisnov K.V. *Infuzionnaya terapiya u detey*. [Infusion therapy in children]. St. Petersburg, Taktik-Studio Publ., 2015, 164 p.
5. Boronina I.V. et al. Opportunity to use ultrasound monitoring of non-invasive control of hemodynamics in children. *Rossiyskiy. Vestnik Detskoy Khirurgii, Anesteziologii I Reanimatologii*, 2017, no. 2. (In Russ.)
6. Gordeev V.I. *Praktikum po infuzionnoy terapii pri neotlozhnykh sostoyaniyakh u detey*. [Practicum on infusion therapy for the children in the critical state]. 2nd ed., St. Peterburg, ELBI-SPb Publ., 2014, 192 p.
7. Lekmanov A.U. Recommendatory protocol on monitoring of children in general anesthesia and intensive care. *Rossiyskiy. Vestnik Detskoy Khirurgii, Anesteziologii I Reanimatologii*, 2015, no. 1, pp. 112–123. (In Russ.)
8. Lekmanov A.U., Azovskiy D.K., Pilyutik S.F. Comparison of Doppler ultrasonography and transpulmonary thermodilution when analyzing hemodynamic rates in the children with severe thermal injury. *Vestnik Anesteziologii I Reanimatologii*, 2017, no. 1, pp. 42–50. (In Russ.)
9. Edict no. 29 by the Russian Government as of January 26, 2010 On Approval of Technical Procedure on Safety Requirements to Blood, Its Products, Blood Substitutes and Technical Means, Used in Transfusion and Infusion Therapy (with amendments as of October 12, 2010). (In Russ.)

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 2 апреля 2013 г. № 183н г. Москва «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов». Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 августа 2013 г. Регистрационный № 29362.
11. Приказ Минздрава РФ от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови».
12. Akech S., Ledermann H., Maitland K. Choice of fluids for resuscitation in children with severe infection and shock: systematic review // *BMJ*. – 2010. – Vol. 341. – P. 4416.
13. Aubron C., Bellomo R. Infusion of hydroxyethyl starch containing fluids // *Minerva Anesthesiologica*. – 2013. – Vol. 79, № 9. – P. 1088–1092.
14. Bailey A. G., McNaull P. P., Jooste E., Tuchman J. B. Perioperative crystalloid and colloid fluid management in children: where are we and how did we get here? // *Anesthesia and Analgesia*. – 2010. – Vol. 110, № 2. – P. 375–390.
15. Barron M. E., Wilkes M. M., Navickis R. J. A systematic review of the comparative safety of colloids // *Archives of Surgery*. – 2004. – Vol. 139, № 5. – P. 552–563.
16. Becke K., Giest J., Straub J. M. Recommendations for preoperative diagnostics, vaccinations and fasting times in children // *Aneasth. Intensiv. Med.* – 2007. – Vol. 48. – P. S62–S66.
17. Bhananker S. M., Ramamoorthy C., Geiduschek J. M. et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children: update from the Pediatric Perioperative Cardiac Arrest Registry // *Anesth. Analg.* – 2007. – Vol. 105. – P. 344–350.
18. Brady M., Kinn S., Ness V. et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD005285.
19. Castillo-Zamora C., Castillo-Peralta L. A., Nava-Ocampo A. A. Randomized trial comparing overnight preoperative fasting period vs oral administration of apple juice at 06:00:06:30 am in pediatric orthopedic surgical patients // *Pediatr. Anesth.* – 2005. – Vol. 15. – P. 638–642.
20. Cove M. E., Pinsky M. R. Perioperative Haemodynamic Monitoring. Best Practice and Research // *Clin. Anesthesiology*. – 2012. – Vol. 26. – P. 453–462.
21. Crowley M., Kirpalani H. A rational approach to red blood cell transfusion in the neonatal ICU // *Curr. Opin. Pediatr.* – 2010. – Vol. 22. – P. 151–157.
22. Disma N., Mameli L., Pistorio A. et al. A novel balanced isotonic sodium solution vs normal saline during major surgery in children up to 36 months: a multicenter RCT // *Pediatr. Anesth.* – 2014. – Vol. 24. – P. 980–986.
23. Edjo Nkilly G., Michelet D., Hilly J. et al. Postoperative decrease in plasma sodium concentration after infusion of hypotonic intravenous solutions in neonatal surgery // *Br. J. Anaesth.* – 2014. – Vol. 112. – P. 540–545.
24. EMA. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Solutions_for_infusion_containing_hydroxyethyl_starch/European_Commission_final_decision/WC500162361.pdf.
25. Eulmesekian P. G., Pérez A., Minces P. G., Bohn D., Hospital-acquired hyponatremia in postoperative pediatric patients: prospective observational study, *Pediatr. Crit. Care Med.* 2010. – Vol. 11. – P. 479–483.
26. Fullenbach Ch., Zacharowski K., Meybohm P. Patient blood management in the setting of trauma // *Curr. Opin. Anesthesiol.* – 2016. – Vol. 29.
27. Friesen R. H., Wurl J. L., Friesen R. M. Duration of preoperative fast correlates with arterial blood pressure response to halothane in infants // *Anesth. Analg.* – 2002. – Vol. 95. – P. 1572–1576.
28. Furman E. B., Roman D. G., Lemmer L. A. et al. Specific therapy in water, electrolyte and bloodvolume replacement during pediatric surgery // *Anesthesiology*. – 1975. – Vol. 42, № 2. – P. 187–193.
29. Girelli G., Antoncechi S., Casadei A. M. et al. Recommendations for transfusion therapy in neonatology // *Immunohaematology and Blood Transfus.* – 2015. – Vol. 13. – P. 484–497.
30. Greenough A. Use and misuse of albumin infusions in neonatal care // *Europ. J. Pediatrics*. – 1998. – Vol. 157, № 9. – P. 699–702.
31. Guidet B., Soni N., Della Rocca G. et al. A balanced view of balanced solutions // *Crit. Care*. – 2010. – Vol. 14. – P. 325.
32. Holcomb J. B., Tilley B. C., Baraniuk S. et al. PROPPR Study Group. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial // *J. Am. Med. Association*. – 2015. – Vol. 313. – P. 471–482.
33. Holliday M. A., Ray P. E., Friedman A. L. Fluid therapy for children: facts, fashions and questions // *Archives of Disease in Childhood*. – 2007. – Vol. 92, № 6. – P. 546–550.
34. Holliday M. A., Segar W. E. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy // *Pediatrics*. – 1957. – Vol. 19, № 5. – P. 823–832.
10. Edict no. 183n by the Russian Ministry of Health as of April 2, 2013 On the Approval of Rules for Clinical Use of Donor Blood and (or) its Components. Registered by the Russian Ministry of Justice no. 29362 as of Monday, August 12, 2013). (In Russ),
11. Edict no. 363 by the Russian Ministry of Health as of November 25, 2002 On Approval of Guidelines on the Use of Blood Components. (In Russ.)
12. Akech S., Ledermann H., Maitland K. Choice of fluids for resuscitation in children with severe infection and shock: systematic review. *BMJ*, 2010, vol. 341, pp. 4416.
13. Aubron C., Bellomo R. Infusion of hydroxyethyl starch containing fluids. *Minerva Anesthesiologica*, 2013, vol. 79, no. 9, pp. 1088-1092.
14. Bailey A.G., McNaull P.P., Jooste E., Tuchman J.B. Perioperative crystalloid and colloid fluid management in children: where are we and how did we get here?. *Anesthesia & Analgesia*, 2010, vol. 110, no. 2, pp. 375-390.
15. Barron M.E., Wilkes M.M., Navickis R.J. A systematic review of the comparative safety of colloids. *Archives of Surgery*, 2004, vol. 139, no. 5, pp. 552-563.
16. Becke K., Giest J., Straub J.M. Recommendations for preoperative diagnostics, vaccinations and fasting times in children. *Aneasth. Intensiv. Med.*, 2007, vol. 48, pp. S62-S66.
17. Bhananker S.M., Ramamoorthy C., Geiduschek J.M. et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children: update from the Pediatric Perioperative Cardiac Arrest Registry. *Anesth. Analg.*, 2007, vol. 105, pp. 344-350.
18. Brady M., Kinn S., Ness V. et al. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD005285.
19. Castillo-Zamora C., Castillo-Peralta L.A., Nava-Ocampo A.A. Randomized trial comparing overnight preoperative fasting period vs oral administration of apple juice at 06:00:06:30 am in pediatric orthopedic surgical patients. *Pediatr. Anesth.*, 2005, vol. 15, pp. 638-642.
20. Cove M.E., Pinsky M.R. Perioperative Haemodynamic Monitoring. Best Practice and Research. *Clin. Anesthesiology*, 2012, vol. 26, pp. 453-462.
21. Crowley M., Kirpalani H. A rational approach to red blood cell transfusion in the neonatal ICU. *Curr. Opin. Pediatr.*, 2010, vol. 22, pp. 151-157.
22. Disma N., Mameli L., Pistorio A. et al. A novel balanced isotonic sodium solution vs normal saline during major surgery in children up to 36 months: a multicenter RCT. *Pediatr. Anesth.*, 2014, vol. 24, pp. 980-986.
23. Edjo Nkilly G., Michelet D., Hilly J. et al. Postoperative decrease in plasma sodium concentration after infusion of hypotonic intravenous solutions in neonatal surgery. *Br. J. Anaesth.*, 2014, vol. 112, pp. 540-545.
24. EMA. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Solutions_for_infusion_containing_hydroxyethyl_starch/European_Commission_final_decision/WC500162361.pdf.
25. Eulmesekian P.G., Pérez A., Minces P.G., Bohn D., Hospital-acquired hyponatremia in postoperative pediatric patients: prospective observational study, *Pediatr. Crit. Care Med.*, 2010, vol. 11, pp. 479-483.
26. Fullenbach Ch., Zacharowski K., Meybohm P. Patient blood management in the setting of trauma. *Curr. Opin. Anesthesiol.*, 2016, vol. 29.
27. Friesen R.H., Wurl J.L., Friesen R.M. Duration of preoperative fast correlates with arterial blood pressure response to halothane in infants. *Anesth. Analg.*, 2002, vol. 95, pp. 1572-1576.
28. Furman E.B., Roman D.G., Lemmer L.A. et al. Specific therapy in water, electrolyte and bloodvolume replacement during pediatric surgery. *Anesthesiology*, 1975, vol. 42, no. 2, pp. 187-193.
29. Girelli G., Antoncechi S., Casadei A.M. et al. Recommendations for transfusion therapy in neonatology. *Immunohaematology and Blood Transfus.*, 2015, vol. 13, pp. 484-497.
30. Greenough A. Use and misuse of albumin infusions in neonatal care. *Europ. J. Pediatrics*, 1998, vol. 157, no. 9, pp. 699-702.
31. Guidet B., Soni N., Della Rocca G. et al. A balanced view of balanced solutions. *Crit. Care*, 2010, vol. 14, pp. 325.
32. Holcomb J.B., Tilley B.C., Baraniuk S. et al. PROPPR Study Group. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. *J. Am. Med. Association*, 2015, vol. 313, pp. 471-482.
33. Holliday M.A., Ray P.E., Friedman A.L. Fluid therapy for children: facts, fashions and questions. *Archives of Disease in Childhood*, 2007, vol. 92, no. 6, pp. 546-550.
34. Holliday M.A., Segar W.E. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. *Pediatrics*, 1957, vol. 19, no. 5, pp. 823-832.

35. Hydroxyethyl-starch solutions for infusion to be suspended – CMDh endorses PRAC recommendation. / http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2018/01/news_detail_002892.jsp&m
36. Kozek-Langenecker S. A., Ahmed A. B., Afshari A. et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology // *Eur. Society of Anaesthesiology* 2017. – Vol. 34. – P. 332–395.
37. Lawrence R. A. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Fifth Edition. St. Louis, Mosby, 1999; 497.
38. Lo'nnqvist P. A. Fluid management in association with neonatal surgery: even tiny guys need their salt? // *British J. Anaesthesia*. 2014. – Vol. 112, № 3. – P. 404–406.
39. Maekawa N., Mikawa K., Yaku H. et al. Effects of 2-, 4- and 12-hour fasting intervals on preoperative gastric fluid pH and volume, and plasma glucose and lipid homeostasis in children // *Acta Anaesthesiol Scand.* – 1993. – Vol. 37. – P. 783–787.
40. Makris M., Greaves M., Phillips W. S., Kitchen S., Rosendaal F. R., Preston E. F. Emergency oral anticoagulant reversal: the relative efficacy of infusions of fresh frozen plasma and clotting factor concentrate on correction of the coagulopathy // *J. Thrombosis and Haemostasis*. – 1997. – Vol. 77. – P. 477–480.
41. Marx G., Schindler A. W., Mosch C. et al. Intravascular volume therapy in adults: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2016. – Vol. 33. – P. 488–521.
42. Michelet D. et al. Intraoperative changes in blood pressure associated with cerebral desaturation in infants // *Paediatr Anaesth.* – 2015. – Vol. 30. doi: 10.1111
43. Mierzewska-Schmidt M. Intraoperative fluid management in children – a comparison of three fluid regimens // *Anaesthesiology Int. Therapy*. 2015. – Vol. 47, № 2. – P. 125–130.
44. Mitra S., Khandelwal P. Are all colloids same? How to select the right colloid? // *Indian J. Anaesthesia*. – 2009. – Vol. 53, № 5. – P. 592–607.
45. Murat I., Humblot A., Girault L., Piana F. Neonatal fluid management. Best Practice & Research // *Clin. Anaesthesiology*. – 2010. – Vol. 24, № 3. – P. 365–374.
46. New H., Berriman J., Bolton-Maggs P. et al. Guideline of transfusion for fetus, neonates and older children // *British J. Haematology*. – 2016. – Vol. 175. – P. 784–828.
47. Oca M. J., Nelson M., Donn S. M. Randomized trial of normal saline versus 5% albumin for the treatment of neonatal hypotension // *J. Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*. – 2003. – Vol. 23, № 6. – P. 473–476.
48. Oh G. J., Sutherland S. M. Perioperative fluid management and postoperative hyponatremia in children // *Pediatr Nephrol.* – 2016. – Vol. 31, № 1. – P. 53–60.
49. Parker R. I. Transfusion in critically ill children: indications, risks, and challenges // *Crit. Care Med.* – 2014. – Vol. 42. – P. 675–690.
50. Pike G. N., Bolton-Maggs P. H. B. Factor XI-related thrombosis and the role of concentrate treatment in factor XI deficiency // *Haemophilia*. – 2015. – Vol. 21. – P. 477–480.
51. Rachel et al. The accuracy of blood pressure measured by arterial line and non-invasive cuff in critically ill children // *Crit. Care* 2016. – Vol. 20. – P. 177.
52. Radke O. C., Biedler A., Kolodzie K. et al. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain // *Pediatr. Anesth.* – 2009. – Vol. 19. – P. 494–499.
53. Riordan J., Auerbach K. Breastfeeding and Human Lactation, Second Edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1999; 652.
54. Scottish Intercollegiate Guidelines Network // Elliott House, 8-10 Hillside Crescent, Edinburgh EH7 5EA. – 2010. – www.sign.ac.uk.
55. Smith I., Kranke P., Murat I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2011. – Vol. 28. – P. 556–569.
56. Smith, s Anesthesia for infants and children, ninth edition ISBN 978-0-323-34125-7 Copyright © 2017 by Elsevier Inc.
57. Splinter W. M. et al. Preoperative fasting in children // *Anesth. Analg.* – 1999. – Vol. 89. – P. 80–89.
58. Standl T., Lochbuehler H., Galli C. et al. HES 130/0.4 (Voluven) or human albumin in children younger than 2 years undergoing non-cardiac surgery. A prospective, randomized, open label, multicentre trial // *Eur. J. Anaesthesiology*. – 2008. – Vol. 25, № 6. – P. 437–445.
59. Steurer M. A., Berger T. M. Infusion therapy for neonates, infants and children // *Anaesthesist*. – 2011. – Vol. 60. – P. 10–22.
60. Sümpelmann R. On water, salt and more... infusion therapy for neonates, infants and children // *Anaesthesist*. – 2011. – Vol. 60. – P. 8–9.
35. Hydroxyethyl-starch solutions for infusion to be suspended – CMDh endorses PRAC recommendation. / http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2018/01/news_detail_002892.jsp&m
36. Kozek-Langenecker S.A., Ahmed A.B., Afshari A. et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur. Society of Anaesthesiology*, 2017, vol. 34, pp. 332-395.
37. Lawrence R.A. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Fifth Edition. St. Louis, Mosby, 1999, 497.
38. Lo'nnqvist P.A. Fluid management in association with neonatal surgery: even tiny guys need their salt? *British J. Anaesthesia*, 2014, vol. 112, no. 3, pp. 404-406.
39. Maekawa N., Mikawa K., Yaku H. et al. Effects of 2-, 4- and 12-hour fasting intervals on preoperative gastric fluid pH and volume, and plasma glucose and lipid homeostasis in children. *Acta Anaesthesiol Scand.*, 1993, vol. 37, pp. 783-787.
40. Makris M., Greaves M., Phillips W.S., Kitchen S., Rosendaal F.R., Preston E.F. Emergency oral anticoagulant reversal: the relative efficacy of infusions of fresh frozen plasma and clotting factor concentrate on correction of the coagulopathy. *J. Thrombosis and Haemostasis*, 1997, vol. 77, pp. 477-480.
41. Marx G., Schindler A.W., Mosch C. et al. Intravascular volume therapy in adults: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. *Eur. J. Anaesthesiol.*, 2016, vol. 33, pp. 488-521.
42. Michelet D. et al. Intraoperative changes in blood pressure associated with cerebral desaturation in infants. *Paediatr Anaesth.*, 2015, vol. 30, doi: 10.1111
43. Mierzewska-Schmidt M. Intraoperative fluid management in children – a comparison of three fluid regimens. *Anaesthesiology Int. Therapy*, 2015, vol. 47, no. 2, pp. 125-130.
44. Mitra S., Khandelwal P. Are all colloids same? How to select the right colloid? *Indian J. Anaesthesia*, 2009, vol. 53, no. 5, pp. 592-607.
45. Murat I., Humblot A., Girault L., Piana F. Neonatal fluid management. Best Practice & Research. *Clin. Anaesthesiology*, 2010, vol. 24, no. 3, pp. 365-374.
46. New H., Berriman J., Bolton-Maggs P. et al. Guideline of transfusion for fetus, neonates and older children. *British J. Haematology*, 2016, vol. 175, pp. 784-828.
47. Oca M.J., Nelson M., Donn S.M. Randomized trial of normal saline versus 5% albumin for the treatment of neonatal hypotension. *J. Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 2003, vol. 23, no. 6, pp. 473-476.
48. Oh G.J., Sutherland S.M. Perioperative fluid management and postoperative hyponatremia in children. *Pediatr. Nephrol.*, 2016, vol. 31, no. 1, pp. 53-60.
49. Parker R.I. Transfusion in critically ill children: indications, risks, and challenges. *Crit. Care Med.*, 2014, vol. 42, pp. 675-690.
50. Pike G.N., Bolton-Maggs P.H.B. Factor XI-related thrombosis and the role of concentrate treatment in factor XI deficiency. *Haemophilia*, 2015, vol. 21, pp. 477-480.
51. Rachel et al. The accuracy of blood pressure measured by arterial line and non-invasive cuff in critically ill children. *Crit. Care*, 2016, vol. 20, pp. 177.
52. Radke O.C., Biedler A., Kolodzie K. et al. The effect of postoperative fasting on vomiting in children and their assessment of pain. *Pediatr. Anesth.*, 2009, vol. 19, pp. 494-499.
53. Riordan J., Auerbach K. Breastfeeding and Human Lactation, Second Edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 1999; 652.
54. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Elliott House, 8-10 Hillside Crescent, Edinburgh EH7 5EA. 2010, www.sign.ac.uk.
55. Smith I., Kranke P., Murat I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur. J. Anaesthesiol.*, 2011, vol. 28, pp. 556-569.
56. Smith, s Anesthesia for infants and children, ninth edition ISBN 978-0-323-34125-7 Copyright © 2017 by Elsevier Inc.
57. Splinter W.M. et al. Preoperative fasting in children. *Anesth. Analg.*, 1999, vol. 89, pp. 80-89.
58. Standl T., Lochbuehler H., Galli C. et al. HES 130/0.4 (Voluven) or human albumin in children younger than 2 years undergoing non-cardiac surgery. A prospective, randomized, open label, multicentre trial. *Eur. J. Anaesthesiology*, 2008, vol. 25, no. 6, pp. 437-445.
59. Steurer M.A., Berger T.M. Infusion therapy for neonates, infants and children. *Anaesthesist.*, 2011, vol. 60, pp. 10-22.
60. Sümpelmann R. On water, salt and more... infusion therapy for neonates, infants and children. *Anaesthesist.*, 2011, vol. 60, pp. 8-9.

61. Sümpelmann R., Becke K., Brenner S. et al. Perioperative intravenous fluid therapy in children: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany // *Pediatric Anesthesia*. – 2017. – Vol. 27. – P. 10–18.
62. Sümpelmann R., Becke K., Crean P. et al. European consensus statement for intraoperative fluid therapy in children // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2011. – Vol. 28. – P. 637–639.
63. Sümpelmann R., Mader T., Dennhardt N. et al. A novel isotonic balanced electrolyte solution with 1% glucose for intraoperative fluid therapy in neonates: results of a prospective multicentre observational postauthorisation safety study (PASS) // *Pediatr. Anesth.* – 2011. – Vol. 21. – P. 1114–1118.
64. Technical Manual, 16th edition (Technical Manual of the American Assoc of Blood Banks). – 2016. – P. 205–209.
65. Tiret L., Desmonts J. M., Hatton F., Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia – a prospective survey in France // *Can. Anaesth. Soc. J.* – 1986. – Vol. 33. – P. 336–344.
66. Vincent J. L. et al. Clinical review: Update on hemodynamic monitoring – a consensus of 16 // *Crit. Care*. – 2011. – Vol. 15. – P. 229.
67. Wada H., Thachil J., Di Nisio M. et al. Guidance for diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation from harmonization of the recommendations from three guidelines // *J. Thrombosis and Haemostasis*. – 2013. – Vol. 11. – P. 761–767.
68. Warner M. A., Warner M. E., Weber J. G. Clinical significance of pulmonary aspiration during the perioperative period // *Anesthesiology*. – 1993. – Vol. 78. – P. 56–62.
69. Watson X., Cecconi M. Haemodynamic monitoring in the peri-operative period: the past, the present and the future // *Anaesthesia*. – 2017. – Vol. 72 (Suppl. 1). – P. 7–15.
70. Weeder P. D., Porte R. J., Lisman T. Hemostasis in liver disease: implications of new concepts for perioperative management // *Transfusion Med. Reviews*. – 2014. – Vol. 28. – P. 107–113.
71. Witt L., Osthaus W. A., Bunte C. et al. A novel isotonic-balanced electrolyte solution with 1% glucose for perioperative fluid management in children- an animal experimental preauthorization study // *Paediatr. Anaesth.* – 2010. – Vol. 20. № 8. – P. 734–740.
72. Wong H. R., Dalton H. J. The ICU perspective monitoring hemodynamics and oxygen transport // *Pediatr. Crit. Med.* – 2001. – Vol. 12, № 4. – P. 66–68.
73. Xu T., Zhang J. Perioperative fluid administration in children: is there consensus? // *Pediatric Anesthesia*. – 2017. – Vol. 27. – P. 4–6.
74. Zander R. Requirements to be met by optimal volume substitution // *Aneasth. Intensivmed*. 2009. – Vol. 50. – P. 348–357.
61. Sümpelmann R., Becke K., Brenner S. et al. Perioperative intravenous fluid therapy in children: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. *Pediatric Anesthesia*, 2017, vol. 27, pp. 10–18.
62. Sümpelmann R., Becke K., Crean P. et al. European consensus statement for intraoperative fluid therapy in children. *Eur. J. Anaesthesiol.*, 2011, vol. 28, pp. 637–639.
63. Sümpelmann R., Mader T., Dennhardt N. et al. A novel isotonic balanced electrolyte solution with 1% glucose for intraoperative fluid therapy in neonates: results of a prospective multicentre observational postauthorisation safety study (PASS). *Pediatr. Anesth.* 2011, vol. 21, pp. 1114–1118.
64. Technical Manual, 16th edition (Technical Manual of the American Assoc of Blood Banks). 2016, pp. 205–209.
65. Tiret L., Desmonts J.M., Hatton F., Vourc'h G. Complications associated with anaesthesia – a prospective survey in France. *Can. Anaesth. Soc. J.*, 1986, vol. 33, pp. 336–344.
66. Vincent J.L. et al. Clinical review: Update on hemodynamic monitoring – a consensus of 16. *Crit. Care*, 2011, vol. 15, pp. 229.
67. Wada H., Thachil J., Di Nisio M. et al. Guidance for diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation from harmonization of the recommendations from three guidelines. *J. Thrombosis and Haemostasis*, 2013, vol. 11, pp. 761–767.
68. Warner M.A., Warner M.E., Weber J.G. Clinical significance of pulmonary aspiration during the perioperative period. *Anesthesiology*, 1993, vol. 78, pp. 56–62.
69. Watson X., Cecconi M. Haemodynamic monitoring in the peri-operative period: the past, the present and the future. *Anaesthesia*, 2017, vol. 72, suppl. 1, pp. 7–15.
70. Weeder P.D., Porte R.J., Lisman T. Hemostasis in liver disease: implications of new concepts for perioperative management. *Transfusion Med. Reviews*, 2014, vol. 28, pp. 107–113.
71. Witt L., Osthaus W.A., Bunte C. et al. A novel isotonic-balanced electrolyte solution with 1% glucose for perioperative fluid management in children- an animal experimental preauthorization study. *Paediatr. Anaesth.*, 2010, vol. 20, no. 8, pp. 734–740.
72. Wong H.R., Dalton H.J. The ICU perspective monitoring hemodynamics and oxygen transport. *Pediatr. Crit. Med.*, 2001, vol. 12, no. 4, pp. 66–68.
73. Xu T., Zhang J. Perioperative fluid administration in children: is there consensus?. *Pediatric Anesthesia*, 2017, vol. 27, pp. 4–6.
74. Zander R. Requirements to be met by optimal volume substitution. *Aneasth. Intensivmed.*, 2009, vol. 50, pp. 348–357.

СВЕДЕНИЯ О РАЗРАБОТЧИКАХ РЕКОМЕНДАЦИЙ:

Александрович Юрий Станиславович

д.м.н., профессор, главный детский анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ в Северо-Западном федеральном округе, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
E-mail: jalex1963@mail.ru

Воронцова Наталья Юрьевна

к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории ГБУЗ города Москвы «Городская детская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова» ДЗ города Москвы.

Гребенников Владимир Алексеевич

д.м.н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS OF RECOMMENDATIONS

Yury S. Aleksandrovich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Children Anesthesiologist and Emergency Physician in the North-Western Federal District, Head of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics Department within Professional Development Unit of St. Petersburg State Pediatric Medical University.
E-mail: jalex1963@mail.ru

Natalya Yu. Vorontsova

Candidate of Medical Sciences, Anesthesiologist and Emergency Physician of Superior Merit. N.F. Filatov of Municipal Children Clinical Hospital no. 13, Moscow Health Department.

Vladimir A. Grebennikov

Doctor of Medical Sciences, Professor of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Диордиев Андрей Викторович

д.м.н., заведующий отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории.

Жиркова Юлия Викторовна

д.м.н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Кочкин Владимир Станиславович

почетный врач г. Москвы, врач высшей категории, заведующий отделением анестезиологии-реанимации, руководитель операционного блока ФГБУ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РФ.

Лазарев Владимир Викторович

д.м.н., заведующий кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Лекманов Андрей Устинович

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НИИ хирургии детского возраста Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Матинян Нуне Вануниевна

д.м.н., и.о. заведующего отделением анестезиологии и реанимации НИИ детской онкологии и гематологии «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ России, профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Пшениснов Константин Викторович

к.м.н., доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Степаненко Сергей Михайлович

д.м.н., главный внештатный детский специалист, анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ, профессор кафедры детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Цыпин Леонид Ефимович

д.м.н., профессор кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Andrey V. Diordiev

Doctor of Medical Sciences, Head of Anesthesiology and Intensive Care Department, Scientific Practical Center of Children Neuropsychiatry, Moscow Health Department, Anesthesiologist and Emergency Physician of Superior Merit.

Yulia V. Zhirkova

Doctor of Medical Sciences, Professor of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Vladimir S. Kochkin

Honoured Doctor of Moscow, Physician of Superior Merit, Head of Anesthesiology and Intensive Care Department, Head of Surgical Unit, Republican Children Clinical Hospital.

Vladimir V. Lazarev

Doctor of Medical Sciences, Head of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Andrey U. Lekmanov

Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher, Children Surgery Research Institute by N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Nune V. Matinyan

Doctor of Medical Sciences, Acting Head of Anesthesiology and Intensive Care Department of Children Oncology and Hematology Research Institute by N.N. Blokhin Research Medical Oncology Center, Professor of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of Pirogov Russian National Research Medical University.

Konstantin V. Pshenisnov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics Department within Professional Development Unit. St. Petersburg State Pediatric Medical University.

Sergey M. Stepanenko

Doctor of Medical Sciences, Chief Visiting Children, Anesthesiologist and Emergency Physician, Professor of Children Surgery Department of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Leonid E. Tsy-pin

Doctor of Medical Sciences, Professor of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Щукин Владислав Владимирович

к.м.н., заведующий отделением анестезиологии и реанимации с оперблоком Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Хамин Игорь Геннадьевич

к.м.н., заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, доцент кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии ФДПО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Vladislav V. Schukin

Candidate of Medical Sciences, Head of Anesthesiology and Intensive Care Department with Surgery Unit of Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Associate Professor of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.

Igor G. Khamin

Candidate of Medical Sciences, Head of Intensive Care Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Associate Professor of Children Anesthesiology and Intensive Care Department with Professional Development Unit of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.