

На VII ежегодном конгрессе специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество» обсуждались вопросы совершенствования помощи новорожденным.

Задачи и критерии

Как было отмечено в приветственном адресе министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, перинатология – это динамически развивающееся направление медицины, имеющее большое значение для отечественной системы здравоохранения.

По мнению президента Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академика РАМН Николая Володина, успехи налицо. Младенческая смертность за последние 10 лет сократилась на 50%.

– Вы вместе с коллегами-акушерами даёте здоровый старт в жизни всего поколения, – сказала, обращаясь к участникам конгресса, директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина.

По ее словам, значимость специальности очень велика. В структуре младенческой смертности доля новорожденных составляет 55,6%, в структуре смертности детей до 5 лет – 44%, и даже в структуре смертности детей от 0 до 17 лет – 30%.

Директор департамента осталась на задачах развития перинатальной помощи, формировании трехуровневой системы, роли перинатальных центров и индикаторах качества их работы.

– Конечно, очень здорово приехать в какое-то отдаленное место и увидеть, что самое красивое здание в селе – больница или амбулатория, – отметила она. – Но все-таки ремонт – не ради ремонта, а ради развития трехуровневой системы медицинской помощи, которая является наиболее эффективной и рациональной. Перинатологи были в авангарде ее внедрения, начав эту работу очень давно. А сейчас вся медицина движется к ней.

По замыслу руководства отрасли, 60% объема оказания медицинской помощи должно быть сконцентрировано в амбулаторно-поликлинических подразделениях, не менее 30% работы амбулаторной службы должно составлять профилактическое направление. Казалось бы, какое это имеет отношение к перинатологии, ведь новорожденный всегда появляется на свет в стационарных условиях? Да самое прямое. Если амбулаторная служба будет работать слабо, то вряд ли удастся перейти к системе ранней выписки из родовспомогательных учреждений. А это – основополагающая позиция, позволяющая избежать госпитальной инфекции, дефицита коек, – считает Е. Байбарина.

– Следовательно, необходимо больше внимания уделять профессиональному образованию участковых педиатров, с тем, чтобы они знали, как выглядят новорожденные, скажем, третьего дня жизни. К тому же, недостаточная профилактическая работа не позволит улучшить охват грудным вскармливанием, вакцинацией.

По мнению Е. Байбарини, и акушеры должны немало сделать, чтобы матери были настроены на совместное пребывание со своими детьми, ведь первые часы – решающие.

– Я посмотрела много родовспомогательных учреждений второго уровня в разных субъектах нашей страны, – рассказала она, – и увидела, что очень частая проблема – несоответствие этому уровню именно неонатальной службы. Встречала факты, когда неонатолог не умеет интубировать детей, когда недостаточно используются современные технологии.

Имеются проблемы и на третьем уровне, наиболее частой

является недостаточная концентрация тяжелых больных в перинатальных центрах. При этом дети в территориях пребывают в учреждениях, где слабая лабораторная база и низкая квалификация специалистов.

– Перинатальный центр не должен работать сам на себя. Важно, чтобы всё население было охвачено качественной и доступной помощью, – подчеркнула директор департамента. – О работе перинатального центра мы судим в первую очередь по показателям материнской и младенческой смертности всей территории, которую он обслуживает, и по показателям, характеризующим концентрацию женщин и детей высокого риска в таком центре, например, процент женщин с преждевременными родами, ро-

Насколько существенна роль перинатальных центров в сохранении детских жизней, показывают следующие цифры. Младенческая смертность за 6 месяцев нынешнего года: в территориях, где имеются перинатальные центры, построенные до 2008 г., – ниже 8. В территориях, где перинатальные центры только открылись, составляет 8,49, а где их совсем нет – 9.

Перинатальный центр должен быть сердцем и мозгом субъекта, оказывать дистанционную консультативную помощь с использованием телемедицинских технологий, компьютерных программ, позволяющих следить за женщинами и детьми высокого риска, своевременно их перемещать в то учреждение, которое им окажет наиболее полную помощь, – подчеркнула Е. Байбарина.

родившихся в 22 недели, в то время как среди родившихся в 23-24 – у 19%, среди родившихся в 25-27 недель – у 13%.

Всё это говорит о том, что необходимо уделить огромное внимание обследованию и наблюдению за беременными женщинами, выявлению факторов риска, проведению комплекса профилактических мероприятий, стараться пролонгировать беременность хотя бы до 24-25 недель.

По мнению участников конгресса, следует создать регистр новорожденных, родившихся с массой тела от 500 г, и детей, появившихся на свет в результате экстракорпорального оплодотворения, для того, чтобы знать, как происходит их развитие на первом, втором, третьем году жизни. И путем экспертной оценки

Говоря о перинатальных центрах, Г. Савельева подчеркнула, что они не должны быть изолированными учреждениями, а создаваться на базе многопрофильных больниц или располагаться поблизости.

Эту же точку зрения разделяет академик РАМН Александр Стрижков, потому что 30% беременных имеют экстрагенитальную патологию. Он привел красноречивый пример: еженедельно в больницу № 7 Москвы поступают беременные женщины с тяжелейшими травмами в результате дорожно-транспортных происшествий, ни в каком перинатальном центре необходимой в подобных случаях помощи оказать не смогут, только – в многопрофильной больнице.

Профессор Ольга Серова, главный врач Московского областного перинатального центра, остановилась на наиболее значимых проблемах выхаживания недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.

– Мы не боги, чтобы принимать решение, жить кому-то или нет. В любом случае делаем всё возможное для выхаживания детей, – заметила она. Но высказала мнение о необходимости создания отделений абилитации (это – не восстановление утраченных функций, а создание условий для развития функций, которых у этих детей нет). Данная служба на сегодняшний день развита крайне слабо. Между тем доказано, что 50% всех неврологических заболеваний сопряжено с рождением детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, что дети, появившиеся на свет до 26 недель беременности, треть года проводят в различных стационарах, что снижение перинатальной смертности при преждевременных родах способствует увеличению случаев ДЦП, что в возрасте до 5 лет 75% детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, имеют нарушения в нервно-психическом развитии. Поэтому нужно создавать отделения абилитации при перинатальных центрах, чтобы обеспечить преемственность всех этапов, повысить выживаемость и уровень здоровья таких детей. Кроме того, это позволит еще и учитывать всех рожденных с экстремально низкой массой тела.

– Без понимания отдаленных результатов мы не сможем улучшить ближайшие, не сможем оптимизировать технологии выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, – подчеркнула О. Серова.

По ее мнению, в связи с переходом на новые критерии регистрации живорожденных, также должен быть пересмотрен норматив по числу коек для отделений реанимации и отделений второго этапа выхаживания (сейчас он составляет 4 и 10 коек на тысячу родов соответственно).

Участники конгресса полагают, чтобы снизить перинатальную смертность у недоношенных новорожденных, необходимо четкое соблюдение принципов регионализации медицинской помощи, увеличение коечного фонда отделений реанимации и интенсивной терапии и патологии новорожденных, повышение укомплектованности кадрами (прежде всего неонатологами), наличие реанимационно-консультативных центров для новорожденных (которые позволяют оптимально использовать и коечный фонд, и ресурсы, и кадры), создание отделений абилитации при перинатальных центрах, а также совершенствование неонатальной и педиатрической помощи глубоко недоношенным. Потому что когда дети попадают на участок, педиатры сталкиваются с проблемой их ведения в дальнейшем.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: в отделении реанимации новорожденных.

Фото автора.

Деловые встречи

Здоровый старт, хорошее начало

Перинатология ставит новые вопросы и требует грамотных ответов



доразрешенных в перинатальных центрах, от всех преждевременных родов в регионе, то есть насколько перинатальный центр взял на себя самую сложную патологию. Понятно, что увеличивается нагрузка, ухудшаются показатели в самом перинатальном центре, но нам важны показатели во всем регионе, точнее даже не сами цифры, а женские и детские жизни.

На сегодняшний день в России 57 перинатальных центров (плюс 5 федеральных учреждений). В 22 территориях они вовсе отсутствуют.

В проекте государственной программы ставится задача снижения к 2018 г. материнской смертности до 14 (в 2011 г. она составила 16,2) и младенческой – до 6 (сейчас это – 7,4) за счет использования передовых технологий, оказания квалифицированной медицинской помощи во время беременности и родов и т.д. Правда за 6 месяцев нынешнего года младенческая смертность повысилась до 8,5 промилле в результате перехода на новый порядок регистрации новорожденных. Но за счет огромных вложений средств в отрасль, строительства перинатальных центров, оснащения, совершенствования технологий смертность детей массой тела выше килограмма, по мнению Е. Байбарини, должна снизиться. Есть территории, где это снижение уже перевесило новый порядок регистрации.

Важны отдаленные результаты

Как уже говорилось, нынешний год ознаменовался переходом на новую систему регистрации новорожденных, рекомендованную ВОЗ. Россия серьезно готовилась к этому переходу, создана материально-техническая база в родильных домах, в отделениях выхаживания недоношенных детей.

– Принципиально мы готовы, – считает Н. Володин, – но есть моменты, над которыми нужно поработать. К тому же существуют различные мнения по поводу здоровья детей, родившихся на 22-й неделе и массой 500 г.

В прошлом году на таком же конгрессе профессор Ди Ренцо из Италии сказал, что финансовые затраты на выхаживание ребенка, родившегося на 22-й неделе, во много раз превосходят затраты на выхаживание ребенка, родившегося на 24-й неделе. При этом выход по состоянию здоровья пока не особенно радует. Выживаемости добиваемся достаточно высокой, а отдаленные результаты свидетельствуют о наличии очень большого количества нарушений, связанных с перинатальными причинами.

Так, тяжелые формы ретинопатии встречаются у детей, родившихся на 22-23-й неделе, в 64% случаев, у детей, родившихся на 24-25-й неделе в 2,5 раза реже, а у родившихся в 25 недель – в 4 раза.

Тяжелые функциональные нарушения возникают у 33% детей,

выявить, какие проблемы нужно решать для предупреждения тех или иных отклонений в будущем.

– Меня настораживает настроение наших акушеров-гинекологов, которые, используя ЭКО, говорят, что всё прекрасно. Видимо, прекрасно до того момента, пока ребенок родился, финансовые расчеты проведены, мама с ребенком выписывается. А вот что происходит через месяц, год и более, с какими проблемами встречается семья, – большой вопрос, – сказал Н. Володин. – Поэтому мы попытаемся сделать регистр детей, родившихся с помощью ЭКО, и продолжить его хотя бы на 5-7 лет. По нашему мнению, при многоплодной беременности особенно тройней (а их процент при ЭКО высок), отклонения в лучшем случае будут у одного ребенка, а то и у всех троих.

Профессор из Хорватии Милан Станоевич заметил в своем выступлении, что сегодня нельзя с уверенностью сказать, играем ли в опасную игру с природой, широко прибегая к вспомогательным репродуктивным технологиям, или помогаем обществу решать демографическую проблему.

– Мне кажется, настало время постоянно вести мониторинг по целому ряду важнейших вопросов, связанных с рождением и выхаживанием недоношенных детей, – сказала академик РАМН Галина Савельева.

По ее мнению, необходимо создать в стране специальную комиссию, которая бы проводила многоцентровые исследования, касающиеся основных проблем, связанных с невынашиванием, преждевременными родами. Мы всё время обращаемся к данным Кохрановской библиотеки, а свои-то где данные? Например, стоит ли делать кесарево сечение в 24-25 недель. Какие дети лучше развиваются: после кесарева сечения или естественных родов?

Кстати, Г. Савельева поделилась интересным наблюдением: внедрение пренатальной диагностики сначала привело к тому, что снизилось рождение детей с синдромом Дауна, но сейчас женщины стали отказываться от прерывания такой беременности, видимо, под влиянием публикаций в СМИ, где говорится, что дети с болезнью Дауна – солнечные дети.