



## Академик Н.Н. Володин: «Первые лица, которые видит новорожденный, – лица медицинских работников»

Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) в марте этого года отметила свое 20-летие. Об основных достижениях последних лет в этой области медицины в своем эксклюзивном интервью Hi+Med рассказал д.м.н., профессор, президент РАСПМ, руководитель научно-консультативного отдела Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, академик РАМН Николай Николаевич Володин.

**Какая основная цель ставилась при создании Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины?**

– Младенческая смертность в России в начале последнего десятилетия прошлого века превосходила таковую в развитых странах в 4-5 раз. Эта проблема не могла быть решена без консолидации усилий врачей различных специальностей. Поэтому в марте 1994 года по инициативе ректора ЦОЛИУВ, заведующего первой в стране кафедрой неонатологии, профессора Виктора Васильевича Гаврюшова была создана общественная некоммерческая организация РАСПМ, которая интенсивно работает в течение вот уже 20 лет.

В июне 2013 года на прошедшем в России Всемирном конгрессе по перинатальной медицине, на который прибыли более 2500 делегатов из 78 стран, президент РФ В.В. Путин в своем выступлении высоко оценил позитивные изменения, которые были достигнуты благодаря усилиям РАСПМ: за последние 10 лет младенческая смертность в нашей стране сократилась на 53%.



Мы сделали почти невозможное. Сейчас показатели младенческой смертности в некоторых регионах РФ сопоставимы с аналогичными показателями в развитых странах мира. В среднем мы еще отстаем, но разрыв стал значительно меньше. И это несмотря на то, что мы перешли на европейские критерии регистрации недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, рекомендованные ВОЗ. Если ранее в нашей стране регистрировали новорожденных весом более 1 килограмма и сроком 28 недель гестации, то с 1993 года эти цифры составляют 500 граммов и 22 недели.

**– Представители каких специальностей входят в РАСПМ ?**

– Изначально это были педиатры, неонатологи, акушеры-гинекологи, неврологи, анестезиологи-реаниматологи. Вице-президентом РАСПМ является ведущий акушер-гинеколог страны, академик Александр Николаевич Стрижаков. На всех наших конгрессах (и на пленарных заседаниях, и на секционных) почти 40% времени посвящено обсуждению проблем акушерства, состоянию здоровья поло-





вой сферы женщины и особенностям течения беременности. Ведь от здоровья женщины напрямую зависит здоровье ее потомства.

По мере расширения деятельности ассоциации, по мере выявления тех проблем, которые стоят перед врачами, к нам начали присоединяться и другие специалисты – например, офтальмологи. Очень часто на фоне проведения интенсивной терапии у детей развивается ретинопатия, приводящая к слепоте, если своевременно ее не лечить. В ассоциацию вошли и отоларингологи, потому что из-за неадекватного лечения беременной женщины при различных проблемах течения беременности, а также вследствие воздействия на плод различных вредных факторов у ребенка может развиваться поражение слуха вплоть до полной глухоты. Эта патология из-за недостаточной компетентности или невнимательности педиатров иногда диагностируется в возрасте 3–5 лет. Это серьезное упущение.

К РАСПМ также присоединилась большая группа врачей лучевой диагностики. Стремительное развитие методов визуализации (использование ультразвука и других методов) сейчас позволяет проводить диагностику младенца не только сразу после рождения, но и внутриутробно. Таким образом можно выявить пороки развития головного мозга, желудочно-кишечного тракта, сердца. Создав в случае необходимости пренатальный консилиум, в который входят врачи различных специальностей, можно принять совместное решение о том, как вести данную беременность, целесообразно ли ее сохранять. Иногда приглашаем и клинических психологов, которые объясняют будущим родителям, что их может ждать после рождения ребенка с какой-либо патологией, если сохранить беременность.

Например, ребенок с болезнью Дауна в цивилизованном обществе при правильном алгоритме ведения может развиваться, быть социально активным и полезным. Существующие на Западе обучающие программы по психологическому и физическому развитию помогают социально адаптировать таких детей. Впрочем, любому ребенку необходимо уделять внимание – даже здоровый ребенок превратится в Маугли, если им не заниматься.

В последние годы в стране стремительно развивается такое направление, как детская хирургия. Например, если у ребенка выявлен порок сердца, то применение соответствующих методов лечения может привести к полному выздоровлению. Это направление активно развивает академик Лео Антонович Бокерия с коллегами. В целях развития внутриутробной кардиологии в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН 8 лет назад было создано специальное подразделение, руководит которым профессор Елена Дмитриева Беспалова.

Важно проводить своевременную коррекцию пороков развития ребенка, а в случае выявления на раннем этапе беременности тяжелых, несовместимых с жизнью пороков сердца инициировать решение о необходимости прерывания беременности.

**– Успешно ли сейчас используют фундаментальные знания советской школы в области физиологии и патологии глубококондоношенных детей?**

– Существует преемственность традиций русской, потом советской, а затем российской школы. Еще академик Георгий Нестерович Сперанский в 1905 году разрабатывал концепцию оказания медицинской помощи беременной, роженице, родильнице и новорожденному ребенку, участвовал в разработке проблем питания, вскармливания, лечения различных инфекционных заболеваний. Эти работы продолжались и в советский период.

Серьезным камнем преткновения для реализации тех программ, обеспечивающих хорошие показатели младенческой смертности, было финансовое обеспечение работы службы родовспоможения. У нас в стране в советское время, к сожалению, должно было финансирование этой

службы не было. Все в корне изменилось в начале XXI века. Хочу еще раз отметить инициативу В.В. Путина, который поддержал разработку стратегии развития перинатальной медицины. Далее этот курс был подкреплен реальными действиями со стороны государства. Начиная с 2004 года ежегодно выделялись колоссальные средства на строительство сети новых перинатальных центров (в кратчайшие сроки), модернизацию учреждений родоразрешения, закупку оборудования (в начале 90-х годов оно абсолютно отсутствовало).



Активно развивается международное сотрудничество РАСПМ с зарубежными коллегами. Подтверждением этого является то, что в 2013 году мы провели Всемирный конгресс по перинатальной медицине. Это свидетельствует о том, что во всем мире уже оценили вклад российских специалистов в развитие этой сферы медицины. Освоение новых зарубежных технологий, подготовка отечественных кадров за границей – все это позволило отечественным специалистам не только быстро перенять технологии, но и совершенствовать их в наших условиях.

**– В последние десятилетия бурно развиваются такие области фундаментальной медицины, как биохимия, молекулярная биология, генетика, иммунология, геновая инженерия. Какие инновационные технологии сейчас с успехом используют в своей практике перинатологи?**

– От фундаментальных исследований до их практического применения, как правило, проходит определенный период. Тем не менее мы тоже приступили к изучению фундаментальных основ развития организма на ранних этапах, выявлению причин,

которые обуславливают развитие тех или иных патологических состояний, и определению методов их предупреждения и коррекции, которые могут осуществляться в этот период.

Имеющиеся успехи в этой сфере мы связываем с внедрением новых технологий – например, для лечения нарушения функций внешнего дыхания, респираторного дистресс-синдрома (РДС), от которого в 80–90-е годы в первые сутки жизни погибало 80% детей, находящихся в отделении реанимации. В настоящее время проводятся профилактика РДС и комплекс лечебных меропри-





ятей сразу после рождения (по данным прогноза развития этого синдрома в первые часы жизни), и летальность в отделениях реанимации составляет 1,5–2%. Используются новые неинвазивные методы искусственной вентиляции легких, предупреждающие развитие осложнений инфекционных процессов (пневмония). Доступно применение сурфактантов, выполняется лечение открытого функционирующего артериального протока. На 1 и 2-е сутки жизни применяются терапевтические препараты, при отсутствии эффективности проводится хирургическое лечение (клипирование), причем прямо в условиях родильного дома или перинатального центра, в специально отведенных палатах.

Ведется разработка методов лечения ретинопатии с применением лазерной коагуляции. Проводятся леченые и предупреждение бронхолегочной дисплазии.

Пренатальная диагностика – это выявление хирургических пороков у плода, ведение беременных женщин в условиях перинатальных центров. На базе созданных там отделений перинатальной хирургии возможно проведение оперативных вмешательств в первые минуты, часы и сутки жизни младенца (в зависимости от патологии). Такой подход позволил обеспечить снижение смертности от врожденной патологии или патологии, требующей хирургического лечения, с 80% до 4%.

Этот показатель достигнут еще 3–5 лет назад. Сейчас это направление развивается. Так, в феврале этого года в Екатеринбурге, в Уральском научно-исследовательском институте охраны материнства и младенчества проведена уникальная операция на сердце плода в связи с гипоплазией левых отделов сердца (на 20-й неделе гестации).

При выявлении патологии ЦНС специалистами также решается вопрос относительно оптимальных сроков проведения родоразрешения и выполняется необходимый объем лечебных мероприятий.

По возможности сейчас в детской хирургии операции выполняются не классическим доступом, а с использованием возможностей эндоскопической хирургии. Результаты ра-



*Еще одно важное направление в выхаживании новорожденных – это борьба с болью. Раньше считали, что ребенок не реагирует на боль. Но это не так, поэтому важным является предупреждение болевых синдромов.*

боты профессора Александра Юрьевича Разумовского (на базе ДГКБ №13 имени Н.Ф. Филатова г. Москвы) свидетельствуют о том, что применение малоинвазивных оперативных вмешательств в ранние сроки позволяет достичь высокоэффективной коррекции тяжелых патологий развития ребенка. Когда послеоперационный процесс у новорожденного совпадает с адаптационным периодом, он переносится лучше.

**– Какую роль высокие технологии играют при выхаживании ребенка?**

–Для осуществления жизнедеятельности новорожденного ребенка требуется поступление большого количества энергии, так как ее затраты велики. Ведь экзогенное поступление энергетических ресурсов после перехода от получения питания через плаценту от матери к его получению извне резко ограничено (желудочек маленький, сосания и глотания нет), а энтерально кормить этого ребенка практически невозможно. В таких случаях используются

смеси для парентерального питания. Это уже из области высоких технологий. Сейчас в нашем распоряжении для парентерального питания есть смеси аминокислот, жиров и витаминов, при этом, если речь идет о новорожденном ребенке, то ему можно вводить только специальные составы, предназначенные именно для новорожденных. К сожалению, пока наша промышленность их не производит, и приходится использовать импортные.

Система терморегуляции у ребенка также недостаточно зрелая, поэтому его организм быстро охлаждается. Малейшее движение требует больших затрат энергии. Поэтому для младенца очень важен охранительный тепловой режим, а его можно достичь, только поместив ребенка в кювет со строго контролируемой постоянной температурой.

С учетом того, что потеря жидкости через кожу у новорожденного очень высока, в этих устройствах используются специальные пленки и покрытия для создания внутри определенной влажности возду-

ха. Для исключения шумового и светового воздействия кюветы накрываются также покрытиями из инновационных материалов со звуко- и светопоглощением. Таким образом, минимизируется проведение каких-либо процедур в процессе ухода за ребенком, чтобы меньше его беспокоить. Охранительный режим – это одна из важных составляющих положительного эффекта комплексной терапии.

Еще одно важное направление в выхаживании новорожденных – это борьба с болью. Раньше считали, что ребенок не реагирует на боль. Но это не так, поэтому важным является предупреждение болевых синдромов.

Для предотвращения колонизации патогенной и условно патогенной микрофлоры (формируются множественные устойчивые формы) необходимо постоянно помнить о важности тщательного мытья рук (как до осмотра ребенка, так и после). Также следует обязательно пользоваться одноразовыми медицинскими изделиями и средствами ухода (перчатки, приспособления для питания), тщательно обрабатывать все поверхности в помещении, использовать кварцевые лампы.

**– Как сказались внедрение методов визуализации на эффективность диагностики и лечения детей?**

– Для применения каждого метода требуются определенные показания. Не только КТ, но и забор крови на общий анализ должен проводиться по показаниям, так как это тоже колоссальная нагрузка для новорожденного. Специалисты работают над определением показаний для применения того или иного метода с учетом клинических и параклинических методов. Например, у ребенка поражена ЦНС. Первый этап обследования – это УЗИ, второй – КТ, третий – МРТ. Сейчас четко разработаны показания для проведения как УЗИ-исследования, так и КТ и МРТ. В случае необходимости у детей используются и ангиографические методы для определения тактики ведения.

С использованием лучевых методов проводится и перинатальная диагностика. Она сейчас очень серьезно развивается.







**– Помогает ли информатизация здравоохранения и технологии телемедицины повысить уровень оказания медицинской помощи в регионах РФ?**

– Когда встал вопрос о строительстве перинатальных центров, наша ассоциация за короткое время собрала значительный объем данных о состоянии дел в этом направлении во всех субъектах РФ и подготовила серьезную монографию «Организация, деятельность перинатальных центров». В ней мы изложили всю информацию о структуре перинатальных центров, назначении каждого структурного подразделения, его оснащении и решении возникающих проблем. Мы обратили особое внимание на организационно-методическое подразделение и информационные технологии.

Что такое организационно-методическое подразделение? Перинатальный центр – это практическое, научное, образовательное, консультативное учреждение. Практическое потому, что оно должно не только внедрять новые технологии и обеспечивать высококвалифицированную помощь, но и разрабатывать на своей базе технологии и распространять их в своем регионе. Научное потому, что это подразделение, где ведутся научные исследования. Что такое консультативное учреждение? Оно должно оказывать консультативную помощь с выездом на место. С помощью телемедицины также можно передавать диагностическую информацию (электрокардиограммы, данные исследований с применением визуализирующих методов) для получения объективной картины заболевания и необходимых рекомендаций. Эта структура развивается сейчас практически во всех перинатальных центрах. К слову, в Воронеже, Волгограде, Балашихе, Ханты-Мансийске перинатальные центры организованы на очень хорошем уровне.

**– Налажена ли взаимосвязь между ФАПами и перинатальными центрами?**

– Трехуровневая система оказания медицинской помощи беременной женщине не должна быть разрушена. ФАП – это подразделение, где должна рожать абсолютно здоровая женщина, у которой в процессе наблюд-

ения в период беременности не выявлялось никаких отклонений. Это бывает редко, но для этого и существует система динамического наблюдения. Необходима ранняя явка в женскую консультацию, чтобы в первом триместре определить, как произошла закладка плода, прогнозировать его развитие. Во втором триместре расширяется перечень исследований, происходит более детальная оценка состояния плода. В третьем триместре исследуется, как идет развитие плода, нет ли его задержки.

Если на этапе наблюдения в ФАПе возникают какие-то проблемы, то женщина обязательно должна быть госпитализирована в региональное родовспомогательное учреждение, а если там ей не могут оказать необходимую помощь, то должна быть направлена в перинатальный центр.

Таким образом, на первом этапе младенец можно получить минимальную медицинскую помощь, но в полном объеме провести реанимационную помощь новорожденному в ФАПе нельзя. Даже при наличии у ребенка некоторых отклонений в состоянии здоровья должна быть

обеспечена транспортировка. Необходимо быть на связи с перинатальным центром, чтобы при возникновении проблемы отправить туда этого пациента.

У нас есть проблемы, обусловленные спецификой менталитета нашего народа. Женщина, особенно в глубинке, не может оставить семью и до последнего дня беременности заниматься хозяйственными делами. Очень часто для такой женщины прибавка в массе во время беременности не имеет значения. Для нее нет ничего страшного в том, что повышается артериальное давление или выявляется белок в моче, а это все признаки неблагополучного течения беременности. Поэтому необходимо контролировать течение беременности в каждом триместре и проводить определенный комплекс диагностических мероприятий с целью принятия решения о дальнейшей тактике ведения беременных.

**– В 2013 г. РАСПМ и некоммерческим партнерством «Обществом по развитию медицины и здравоохранения» (ОРМиЗ) учрежде-**

**на премия «Первые лица», которой будут награждены специалисты или учреждения, внесшие заметный вклад в развитие перинатологии в России. На основании каких критериев будут отобраны номинанты и когда состоится их награждение?**

– Когда говорят о первых лицах, то мы сразу представляем себе первые лица государства, первые лица субъектов федерации, первые лица в спорте. Мы решили так назвать премию потому, что первые лица – это лица тех медицинских работников, которых видит родившийся ребенок. Это акушер-гинеколог, неонатолог. А потом он видит маму. От того, какими профессионалами являются эти люди, зависит дальнейшая судьба ребенка. Исходя из этого, учреждены номинации для акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов. Есть номинация «Лучшая публикация года». Обязательно будет номинация для первых лиц субъектов федерации, которые уделяют много внимания развитию перинатальной медицины. Будет номинация и для компании, которая вносит вклад в решение тех проблем, которые сегодня стоят перед специалистами. В первую очередь это касается образовательных программ. Их внедрение и осуществление не только на базе наших учебных учреждений, но и на местах, в регионах, когда туда приезжают специалисты, чрезвычайно важно. Субъектам сделать это сложно, потому что это определяется финансовыми затратами. Те компании, которые поддерживают проведение таких программ, должны делать это активно и не из корыстных побуждений, а больше с позиции благотворительности. Вот такой широкий спектр номинантов. Также создан попечительский совет премии, создана команда экспертного жюри.

Пока премия не будет обеспечена каким-то денежным ресурсом – мы пока хотим просто заявить о ее учреждении и привлечь внимание к актуальности данного вопроса. Будут вручены чисто символические призы и грамоты. Сейчас мы отмечаем наших коллег знаками «Почетный член РАСПМ» (5-6 номинантов) и вручаем их на каждом тематическом конгрессе, проводим конкурсы молодых ученых.

*Если на этапе наблюдения в ФАПе возникают какие-то проблемы, то женщина обязательно должна быть госпитализирована в региональное родовспомогательное учреждение, а если там ей не могут оказать необходимую помощь, то должна быть направлена в перинатальный центр.*

