

«Сегодня перинатология и неонатология относятся к наиболее интенсивно развивающимся областям медицины»



Дегтярёв Дмитрий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неонатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова). Главный внештатный специалист неонатолог Минздрава России по Центральному федеральному округу.

Председатель совета Общественной организации содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов».

Автор более 200 научных работ, в том числе 8 клинических руководств и монографий.

Награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством II степени», медалью «В память 850-летия Москвы», нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).

— **Уважаемый Дмитрий Николаевич, расскажите, пожалуйста, об основных направлениях работы по совершенствованию системы перинатальной медицинской помощи детям в России.**

— Отмечу, что полноценная (с медико-организационной точки зрения) система оказания перинатальной помощи в нашей стране сформировалась сравнительно недавно. Большую роль в ее становлении сыграла успешная реализация Федеральной целевой программы по строительству современных перинатальных центров в субъектах Российской Федерации. Такие центры относятся к медицинским организациям третьего функционального уровня. В их задачи входят оказание всех видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным детям, консультативно-диагностическая и лечебная поддержка деятельности учреждений первого и второго функциональных уровней, своевременная транспортировка наиболее сложных пациентов, включая беременных с внутриутробно выявленными заболеваниями плода и больных новорожденных.

Региональные перинатальные центры тесно взаимодействуют с многопрофильными больницами и специализированными педиатрическими стационарами и обеспечивают координацию усилий по профилактике, диагностике и лечению перинатальных заболеваний.

От того, насколько эффективно работают региональные учреждения, зависит уровень неонатальной и младенческой смертности в стране в целом.

Построенные в последнее десятилетие, перинатальные центры оснащены самым современным медицинским оборудованием, но качество их деятельности в регионах разное. В этой связи можно выделить несколько перспективных направлений повышения эффективности перинатальной помощи.

Во-первых, большое значение имеет повышение квалификации врачей — акушеров-гинекологов, неонатологов и анестезиологов-реаниматологов перинатальных центров. С этой целью на базе НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова (директор центра — академик РАН Г.Т. Сухих) и профильных кафедр Сеченовского университета (ректор — академик РАН П.В. Глыбочко) созданы медицинские симуляционно-тренинговые центры для обучения практических врачей и медицинских сестер. Их задачей является не только обеспечение внедрения новых технологий в практику, но и помощь в подготовке врачей-тренеров, призванных передавать навыки и знания коллегам в учреждениях первого и второго уровней. Благодаря этой работе в ближайшей перспективе во всех перинатальных центрах будут развернуты локальные симуляционно-тренинговые центры.

Вторым важным направлением являются совершенствование мониторинга состояния беременных и новорожденных

высокого риска и дальнейшее развитие телемедицинского консультирования.

Третье направление — создание современных клинических рекомендаций в области медицины плода и новорожденного. Их разработка станет итогом совместной деятельности экспертов Российского общества акушеров-гинекологов, Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины и Российского общества неонатологов.

— **Какие методы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении внедряются сегодня?**

— Дети, родившиеся ранее 32-й недели беременности, практически не имеют шансов на выживание без создания условий, максимально приближенных к внутриутробным. Поэтому большинство разработок в области неонатологии направлено на совершенствование оборудования и лекарственных технологий, обеспечивающих маловесному ребенку комфортную температуру тела, устойчивое дыхание, необходимое для быстрого роста организма. В последние годы все больше внимания уделяется решению проблемы защиты незрелого мозга от перинатального повреждения, созданию оптимальных условий для участия родителей в развивающем уходе.

Для уменьшения числа инвазивных диагностических процедур в НМИЦ АГП

имени В.И. Кулакова разрабатываются бесконтактные методы, основанные на масс-спектрометрическом анализе молекулярного состава выдыхаемого воздуха и мочи. Обнадеживающие результаты при лечении пациентов с тяжелыми инвалидизирующими осложнениями дает клеточная терапия. Отечественные и зарубежные специалисты совершенствуют методы фетальной и неонатальной хирургии. Американские врачи, используя последние достижения нанотехнологий и 3D-принтинга, разработали подходы к созданию полупроницаемых мембран, способных одновременно обеспечивать адекватный газообмен, питание и экскрецию продуктов метаболизма у глубоко недоношенных детей. По сути, это предпосылки для создания искусственной плаценты, которая позволит выхаживать детей с абсолютно незрелыми легкими.

Сегодня перинатология и неонатология относятся к наиболее интенсивно развивающимся областям медицины, число инновационных разработок непрерывно растет.

— Какими заболеваниями чаще всего страдают недоношенные дети? Какие меры необходимо предпринимать, чтобы предупредить развитие тяжелых последствий таких заболеваний?

— Чаще всего у глубоко недоношенных детей (особенно родившихся с массой тела от 500 до 1500 граммов) выявляются дисфункции дыхательной и сердечно-сосудистой систем, ЦНС (избыточное угнетение или возбуждение, мышечная дистония, нарушение предречьевого развития) и органов чувств (нарушения зрения и слуха), желудочно-кишечного тракта (синдром мальабсорбции, частые срыгивания). В первые месяцы нередко отставание в физическом развитии и анемия.

В случае раннего выявления и своевременной коррекции таких поражений у большинства недоношенных детей нарушения носят транзиторный характер. При правильном педиатрическом ведении более 90 процентов недоношенных детей к одному-двум годам жизни догоняют своих доношенных сверстников в физическом и нервно-психическом развитии. Для достижения хорошего результата педиатру требуется поддержка неонатолога, детского невролога, офтальмолога, хирурга-ортопеда, лор-врача, семейного психолога, логопеда, а при необходимости и представителей других специальностей.

Чем более недоношенным является ребенок, тем шире круг специалистов, которые должны быть задействованы в программе его реабилитации и ранней реабилитации.

— В сфере Ваших научных интересов разработка методов диагностики, профилактики и лечения врожденных и неонатальных инфекций. Изменилась ли сегодня структура таких заболеваний?

— В последние годы отмечаются изменения в этиологической структуре врожденных и перинатальных инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей. Они имеют несколько причин. Во-первых, повысилась чувствительность и специфичность методов лабораторной диагностики за счет широкого использования для детекции ДНК и РНК микроорганизмов полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Это позволило устранить гипердиагностику неонатальных инфекций, вызванных такими распространенными возбудителями, как цитомегаловирус и вирус простого герпеса. Одновременно стали выявляться возбудители врожденных инфекций, о существовании которых ранее большинство неонатологов не подозревало (например, вирус Зика).

Во-вторых, широкое использование населением антибиотиков привело к существенному изменению спектра микроорганизмов на коже и слизистых оболочках матери, колонизирующих организм ребенка при рождении. Наконец, внедрение в неонатологию методов реанимации и интенсивной терапии привело к неизбежному увеличению числа инвазивных процедур, способствующих попаданию в кровь условно-патогенных микроорганизмов, большинство которых в нормальных условиях не способно преодолевать естественные барьеры макроорганизма.

Вышеперечисленные факторы привели к изменению частоты и модификации клинических проявлений таких заболеваний, как врожденная пневмония и неонатальный сепсис.

— Насколько часто встречаются случаи перинатальных поражений головного мозга? Чем они опасны, каковы их профилактика и лечение?

— При современном акушерстве перинатальное поражение мозга у доношенных новорожденных — явление относительно редкое (2–3 случая на тысячу). Другое дело, что в нашей

стране пока еще используются устаревшие критерии постановки этого диагноза. С моей точки зрения, часть отечественных неврологов занимается гипердиагностикой. У недоношенных детей частота таких поражений обратно пропорциональна гестационному возрасту: у так называемых поздних недоношенных, чей гестационный возраст составляет от 34 до 36 недель, этот показатель в 2–4 раза выше, чем у доношенных новорожденных, а среди глубоко недоношенных детей, родившихся на 22–24-й неделе беременности (с массой тела менее 750 граммов), он может достигать 70–90 процентов.

Отдаленные последствия перинатальных поражений ЦНС зависят от многих факторов, в первую очередь от выраженности и характера структурных повреждений головного мозга, степени его морфофункциональной зрелости, а также от своевременности и эффективности медико-реабилитационных мероприятий. Кроме того, на частоту и тяжесть последствий перинатальных поражений влияет состояние здоровья матери во время беременности. Так, частота неблагоприятных неврологических исходов выше у детей, родившихся у матерей с тяжелым сахарным диабетом, ожирением второй-третьей степени, преэклампсией.

Профилактика перинатальных поражений ЦНС включает в себя мероприятия по предупреждению невынашивания беременности, повышению уровня акушерской и неонатологической помощи, совершенствованию качества ранней диагностики и реабилитационных мероприятий. В последние годы особые надежды возлагаются на внедрение новых медицинских, в том числе клеточных, технологий.

— Как можно улучшить подготовку специалистов, оказывающих перинатальную медицинскую помощь?

— Если коротко, то с помощью совершенствования системы непрерывного медицинского образования акушеров-гинекологов и неонатологов, разработки и внедрения новых учебных программ по перинатологии на базе крупных симуляционно-тренинговых центров, планомерного и повсеместного перехода к аккредитации врачей-специалистов, оказывающих перинатальную помощь женщинам и детям.

Специально для *Доктор.Ру*
Шемчук И.В.