

Ближайшие и отдаленные

Итоги симпозиума «Новые технологии интенсивной терапии»

20-21 апреля в г. Киеве на базе Национальной медицинской академии последипломного образования имени

П.Л. Шупика прошел научный симпозиум «Новые технологии интенсивной терапии и выхаживания новорожденных с перинатальной патологией». Мероприятие было посвящено современным технологиям интенсивной терапии и выхаживания детей с малой массой тела и новым подходам к профилактике, диагностике и лечению новорожденных с перинатальной патологией.



Научная тематика симпозиума включала следующие направления:

- перспективы развития и совершенствования медицинской помощи новорожденным в Украине;
- современная стратегия интенсивной терапии и выхаживания детей с очень малой массой тела;
- новые технологии интенсивной терапии новорожденных с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС;
- эпидемиология, клиника, диагностика и профилактика инфекции у новорожденных и детей раннего возраста;
- вопросы перинатальной патологии – диагностика состояния плода и новорожденного;
- современные технологии медицинской помощи детям с тяжелой перинатальной патологией;
- энтеральное и парентеральное питание глубоконедоношенных новорожденных, лечебное питание новорожденных с перинатальной патологией;
- внутриутробные и перинатальные инфекции у новорожденных.

В научном симпозиуме приняли участие специалисты из разных регионов Украины, а также ближнего и дальнего зарубежья: заведующие и профессора профильных кафедр и ведущие ученые, работающие в сфере неонатологии и перинатологии, главные внештатные специалисты по неонатологии управлений здравоохранения областных госадминистраций и главного управления здравоохранения г. Киева, врачи-неонатологи, детские анестезиологи, педиатры, детские неврологи. В рамках научного симпозиума проводился сателлитный симпозиум «Респираторно-синцициальная вирусная инфекция у детей с очень низкой массой тела: эпидемиология, профилактика, клиника, диагностика», состоялась выставка медицинского оборудования для ухода и лечения новорожденных, продуктов вскармливания младенцев.

В настоящее время в Украине со стороны государства и медицинской общественности много внимания уделяется преобразованию и развитию медицины в целом и отдельных ее направлений. Особое внимание уделяется неонатологии. Перспективам развития в Украине неонатологии, перинатологии, роли неонатологии в системе комплексного оказания помощи беременным женщинам и новорожденным, а также проблемам, связанным с этой отраслью медицины, были посвящены доклады ученых, организаторов от здравоохранения и клиницистов.

О своем видении решения этих и многих других вопросов рассказала **заведующая кафедрой неонатологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Елизавета Евгеньевна Шунько.**

– Елизавета Евгеньевна, на организованном при вашем участии научном симпозиуме «Новые технологии интенсивной терапии и выхаживания новорожденных с перинатальной патологией» прозвучало много интересных докладов. Какие темы, на ваш взгляд, были наиболее важными и актуальными?



– Выступления, прозвучавшие на симпозиуме, можно разделить на три категории: одни касались организации здравоохранения, другие посвящались наиболее актуальным вопросам клинической практики, третьи были нацелены на перспективу. Отдельное пленарное заседание было посвящено вопросам непрерывного последипломного образования врачей и медицинских сестер.

Открывая научный форум, с докладом, посвященным концепции создания медицинских перинатальных центров, выступила глава рабочей группы по реализации национального проекта «Новая жизнь – новое качество охраны материнства и детства», ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, заслуженный врач Украины, международный эксперт по вопросам репродуктивного здоровья ООН, кандидат медицинских наук Надежда Яковлевна Жилка. Эта концепция реализуется непосредственно под патронажем Президента Украины В.Ф. Януковича и является очень важным этапом в развитии перинатологии и неонатологии в нашей стране. Претворение в жизнь этой программы позволит значительно улучшить качество оказания медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным с перинатальной патологией и недоношенным детям. В основе концепции лежит создание крупных, оборудованных всем необходимым областных перинатальных центров на базе уже имеющихся родовспомогательных учреждений или вновь созданных структур. В эти центры планируется направлять беременных женщин с высокой степенью перинатального риска и угрозой преждевременных родов, которые будут там наблюдаться и получать высокоспециализированную медицинскую помощь. В связи с этим во всех перинатальных центрах должны быть созданы отделения пренатальной диагностики и медико-генетического консультирования, патологии беременных, современные родильные блоки, отделение интенсивной терапии новорожденных и постинтенсивного наблюдения.

– На симпозиуме присутствовало большое количество специалистов по разным направлениям медицинской помощи новорожденным. Как вы считаете, насколько важен обмен опытом между неонатологами и врачами других специальностей?

– Присутствие на таких научно-врачебных форумах детских неврологов, хирургов, кардиологов, педиатров значительно повышает уровень и качество обсуждения различных тем. Кроме того, в условиях намеченных преобразований это общение необходимо, так как только совместные действия всех специалистов помогут создать эффективную и стройную систему перинатальных центров.

Хочу отметить очень интересный доклад руководителя отдела детей раннего возраста Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Людмилы Григорьевны Кириловой «Будущее и современные проблемы перинатальной неврологии». В нем была затронута очень важная тема – диагностика патологии плода в пренатальный период с использованием магнитно-резонансной томографии. В докладе заведующего кафедрой детской неврологии и медико-социальной реабилитации НМАПО им. П.Л. Шупика, директора Украинского медицинского центра реабилитации детей с органическими поражениями ЦНС доцента В.Ю. Мартынюка были изложены современные подходы к реабилитации недоношенных детей и новорожденных с перинатальной патологией.

– Как, по вашему мнению, должны взаимодействовать специалисты в перинатальном центре?

– В первую очередь в центрах будет создаваться так называемый перинатальный консилиум, когда внутриутробное состояние плода, прогноз беременности, родов, прогноз для ребенка оценивают врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог, при необходимости генетик или врач ультразвуковой диагностики, при наличии у женщины экстрагенитальной патологии – врачи других специальностей. Важное значение имеет создание этических комитетов, а также информированное участие родителей в принятии перинатальных решений. Эти современные подходы определяют качество перинатальной помощи.

Элементы перинатального консилиума имеются и в настоящее время, однако создание перинатального центра позволит правильно расставить акценты, уделять больше внимания сложным случаям и прилагать максимум усилий в оказании помощи беременным, роженицам и новорожденным.

Следует отметить, что идея создания перинатальных центров не принадлежит Украине. В большинстве развитых стран мира

существует три уровня оказания помощи беременным и новорожденным. Первый уровень – это физиологические родильные дома, куда направляются беременные с низкой степенью риска, где происходят физиологические роды, заканчивающиеся рождением здорового доношенного ребенка.

На этом этапе специализированная неонатологическая помощь не нужна, и здесь может работать врач-педиатр.

Второй уровень – крупные городские и областные родильные дома, куда направляются беременные женщины из группы высокого риска и беременные с угрозой преждевременных родов на сроке 34 недели и менее. В таких центрах имеются отделения интенсивной терапии новорожденных, так как существует высокая вероятность рождения ребенка с перинатальной патологией или до истечения полного периода беременности.

Третий уровень – это областной перинатальный центр, представляющий собой высокоспециализированное научно-медицинское объединение, куда направляются беременные с высоким перинатальным риском и угрозой преждевременных родов в сроке менее 32 недель гестации. В перинатальных центрах имеются отделения интенсивной терапии новорожденных, оснащенные самым современным оборудованием. Также в перинатальном центре должны быть отделения для постинтенсивного наблюдения, выхаживания и реабилитации недоношенных детей и новорожденных с перинатальной патологией. В условиях перинатального центра должны быть организованы отделения (кабинеты) катамнестического наблюдения за состоянием здоровья и развитием детей, родившихся с очень малой массой тела, и детей с тяжелой перинатальной патологией.

В настоящее время все это уже существует в Украине, однако для того, чтобы значительно повысить качество перинатальной помощи, необходимо переходить к этапному ее оказанию, доказавшему свою эффективность во всем мире.

– Как будет осуществляться преемственность в оказании медицинской помощи детям между перинатальными центрами и педиатрами?

– При перинатальных центрах планируется создание консультативно-катамнестических отделений или кабинетов для последующего наблюдения за развитием детей, родившихся с очень малой массой тела, или у которых наблюдалась патология в перинатальный период. В большинстве стран мира, где уже имеются такие отделения, ведется наблюдение за детьми на протяжении 3 лет, проводится комплексная оценка состояния здоровья, в том числе психоэмоционального развития. Таким образом, врачи акушеры-гинекологи и неонатологи смогут ретроспективно оценить свою работу на перинатальном уровне и проанализировать правильность тактики ведения родов и неонатального периода.

– Какие протоколы регламентируют ведение беременных женщин с высоким перинатальным риском и оказание медицинской помощи новорожденным?

– Когда перед ведущими специалистами в области педиатрии, неонатологии и акушерства поставили задачу о внедрении новых стандартов оказания помощи в перинатальный период и в период новорожденности, возник вопрос: с чего начинать? После обсуждения мы пришли к выводу, что необходимо начать с внедрения современной медицинской помощи здоровым беременным женщинам и здоровым доношенным детям. В результате в 2005 г. был разработан первый клинический протокол на основе данных доказательной медицины (приказ МЗ Украины №152) «Медицинское

перспективы развития неонатологии

и выхаживания новорожденных с перинатальной патологией»

наблюдение за здоровым доношенным новорожденным ребенком». Клинический протокол основан на современных принципах ведения физиологических родов и наблюдения за здоровыми новорожденными с использованием данных доказательной медицины: раннее начало грудного вскармливания, контакт кожи к коже, тепловая пеленка, исключительно грудное вскармливание, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка и т.д. Направив передовые медицинские технологии на ведение физиологических родов и уход за здоровым новорожденным, мы смогли определить наши дальнейшие шаги. Следующим этапом стали приказы: № 312 «Об утверждении клинического протокола по первичной реанимации и послереанимационной помощи новорожденным», № 584 «Об уходе за новорожденным с низкой массой тела» и № 255 «Об оказании медицинской помощи при желтухе новорожденных». Также был принят приказ № 484 «Об утверждении клинического протокола по оказанию помощи новорожденным с дыхательными нарушениями». Учебные материалы для врачей-неонатологов разработаны также при содействии украинско-швейцарской программы «Здоровье матери и ребенка». Таким образом, врачи-неонатологи на данный момент имеют четкие алгоритмы работы. Кроме того, мы постоянно проводим обучение и помогаем неонатологам освоить наиболее современные методики и технологии. Так, материалы клинических протоколов оказания медицинской помощи новорожденным включены в учебные планы и программы циклов интернатуры, специализации, тематического усовершенствования, предаттестационных циклов по неонатологии и педиатрии. Необходимо отметить, что все протоколы постоянно обновляются. Например, в 2011 г. будут пересмотрены и дополнены протоколы по первичной реанимации и послереанимационной помощи новорожденным, где будут включены вопросы реанимации детей с низкой гестацией (22-25 недель), в том числе объективизация контроля проводимых мероприятий (пульсоксиметрия), гуманизация интенсивной терапии, раннее начало СРАР-терапии и др.

В перинатальный центр должны поступать женщины только очень высокого перинатального риска, с тяжелой формой экстрагенитальной патологии, с угрозой преждевременных родов в сроки 32 нед и ранее и при выявлении у плода врожденных пороков развития. Таким образом, в центре будет оказываться помощь не только матери, но и ребенку, даже хирургическое вмешательство при необходимости.

Поскольку госпитализировать всех женщин с угрозой преждевременных родов в перинатальные центры невозможно, должны развиваться неонатальные центры на базе областных детских больниц.

— Учитывая что в ближайшее время намечен ряд преобразований и основное звено, которое будет претворять эти программы в жизнь, — это неонатологи, скажите, как на сегодня складывается ситуация с кадрами?

— В Украине ситуацию с неонатологами нельзя назвать критической, и обеспеченность персоналом составляет 80-85%. Тем не менее проблема недостатка кадров существует во многих отделениях интенсивной терапии новорожденных. Это связано с большими психологическими и физическими нагрузками на медицинский персонал. Кроме того, высокая оснащенность современным оборудованием требует хороших технических знаний и умений. Несмотря на недостаточный уровень заработной платы, уровень профессионализма врачей-неонатологов очень высок, что позволяет оказывать эффективную медицинскую помощь детям с малой массой тела и тяжелой перинатальной патологией. Учитывая высокую динамичность

специальности, врач не может подходить к лечению формально, здесь необходим постоянный, иногда поминутный мониторинг состояния, что требует большого опыта и хорошей теоретической подготовки.

— Какие центры в нашей стране уже работают по этой системе?

— В настоящее время неонатальная и перинатальная помощь в Украине развивается быстрыми темпами. С 1 января 2007 года Украина перешла на критерии регистрации перинатального периода ВОЗ, то есть начиная с 22-й недели беременности процесс рождения ребенка регистрируется и ведется как роды. В связи с этим активно переоснащаются и дооснащаются отделения новорожденных, производится закупка инкубаторов для недоношенных, специальных столов для интенсивной терапии новорожденных с системой обогрева, аппаратов искусственной вентиляции легких, в том числе для неинвазивной поддержки дыхания, кардио-респираторных мониторов, ламп и систем фототерапии и другого оборудования для интенсивной терапии новорожденных. Также постоянно проводятся тренинги и обучение врачей и среднего медицинского персонала.

При всех родовспомогательных учреждениях, в которых количество родов составляет более 1 тыс. в год, созданы отделения интенсивной терапии новорожденных, куда дети сразу поступают из родильного зала, если возникает необходимость. В дальнейшем, если таким детям необходима специализированная медицинская помощь или наблюдение в условиях стационара, новорожденные переводятся в неонатальные центры при областных детских больницах. Однако такая система сильно зависит от многих факторов, таких как большие расстояния и некачественные дороги, отсутствие специально оборудованных машин для транспортировки недоношенных детей и их мам. Поэтому сегодня очень актуально введение системы регионализации помощи, когда пренатального ребенка перевозят в идеальных для него условиях, то есть в утробе матери, в перинатальный центр, где проходят роды и послеродовая помощь, интенсивная терапия и уход, а также дальнейшее 3-летнее наблюдение.

— На симпозиуме неонатологов много внимания уделялось вскармливанию недоношенных детей. Какие проблемы являются наиболее актуальными в этом отношении?

— Вопросы энтерального и парентерального питания являются ключевыми при выхаживании детей с низкой массой тела и недоношенных. Идеальным для новорожденного является энтеральное питание с использованием материнского молока. В настоящее время это направление развивается во всем мире, некоторые страны используют замороженное грудное молоко. Так, с помощью специальных методов заморозки и хранения молока создается банк грудного молока, которое в дальнейшем используется для вскармливания недоношенных детей. В Украине эта технология пока не работает, так как нуждается в больших инвестициях в техническом оснащении. Второй путь предполагает использование обогащенного грудного молока, поскольку недоношенные дети нуждаются в усиленном питании для восполнения физиологических потребностей быстрорастущего организма. В качестве обогатителей используются специальные продукты, содержащие все необходимые вещества (белки, жиры, углеводы), витамины и микроэлементы.

Во всем мире прослеживается тенденция к созданию наиболее физиологических условий для развития новорожденных, поэтому фортификация грудного вскармливания важна для детей, рожденных с очень низкой массой тела, так как состав грудного молока не соответствует повышенным потребностям роста и развития недоношенного ребенка.

Этот метод сочетается с целым комплексом других мероприятий.

Вместе с тем на симпозиуме прозвучало несколько докладов, посвященных проблемам парентерального питания, прежде всего вопросам использования препаратов, содержащих аминокислоты. В настоящее время активно развивается технология парентерального применения у глубоко недоношенных детей аминокислот и жировых эмульсий. Рекомендуется начинать парентеральное питание с введения аминокислот с первых суток, а с третьих — уже подключать жировые эмульсии, поскольку доказано, что такая методика благоприятно влияет на отдаленный неврологический прогноз.

Обсуждались также вопросы использования пробиотиков у новорожденных детей с целью профилактики и лечения, в частности некротического энтероколита, сепсиса, кишечных колик. По данным проведенных научных исследований, мультипробиотик Симбитер эффективен при использовании у новорожденных с перинатальной патологией и у недоношенных детей.

— Несколько интересных сообщений касались использования новых подходов выхаживания новорожденных. Что вы можете сказать об этих методах?

— Неонатология — относительно молодая специальность, несмотря на это ее развитие идет быстрыми темпами. Постоянно совершенствуются различные методики оказания медицинской помощи новорожденным, наращивается технический потенциал, осуществляется внедрение новых технологий.

Например, в Национальной детской специализированной больнице «ОХМАТДЕТ» в отделениях интенсивного выхаживания недоношенных и новорожденных с перинатальной патологией успешно используется метод «мама-кенгуру», когда к выхаживанию новорожденного максимально привлекаются не только медицинский персонал, но и мама ребенка и другие близкие родственники. Уже опубликованы результаты по выхаживанию детей с использованием этой методики. Наш опыт показал, что при использовании метода «кенгуру» отмечается более раннее появление лактации, дети быстрее набирают вес, быстрее адаптируются к условиям окружающей среды, следовательно, более быстро создаются условия для выписки из стационара. Этот метод входит в комплекс мероприятий по гуманизации ведения новорожденных и самое главное — не требует больших экономических затрат.

Впервые этот метод был опробован в Бюливи и за довольно короткое время стал применяться во многих развитых странах мира. ВОЗ рекомендует метод «кенгуру» как альтернативный для ухода за стабильными недоношенными и детьми с низкой массой тела, которым нужна термическая защита, адекватное питание, частое наблюдение и защита от инфекций.

В настоящее время эта методика применяется в областных детских больницах Житомира, Харькова, Луганска. Во всех центрах были получены хорошие результаты, которые дают основания для развития этого направления в других регионах Украины, тем более что он не требует больших материальных затрат и привлечения дополнительных ресурсов.

— На симпозиуме обсуждались вопросы лечения и меры профилактики респираторно-синциальной вирусной инфекции. Насколько актуальна эта тема для нашей страны?

— В структуре младенческой смертности доля заболеваний, связанных с развитием инфекционных процессов у детей, рожденных с низкой массой тела, достаточно велика. Если ранее считалось, что основной причиной инфекционной респираторной патологии у недоношенных детей является присоединение бактериальной инфекции, и таким детям зачастую назначались антибиотики, то в настоящее время на первый

план стала выходить респираторно-синциальная вирусная инфекция (РСВИ).

В рамках научной конференции состоялся сателлитный симпозиум «Современные подходы к профилактике РСВИ у детей, рожденных с очень низкой массой тела, как компонент стратегии снижения младенческой смертности».

В нашей стране неонатологи имеют достаточно большой опыт, а отделения по оказанию помощи детям, рожденным с массой тела 1500 г и менее, оснащены современным оборудованием. Однако у многих детей, прошедших курс интенсивной терапии и длительной искусственной вентиляции легких, развивается бронхолегочная дисплазия, которая появляется вследствие морфофункциональной незрелости легочной ткани, влияния оксигенотерапии, присутствия инфекционного начала и многих других факторов. На фоне бронхолегочной дисплазии возможно развитие РСВИ, что значительно повышает риск неблагоприятного исхода и смерти ребенка первого-второго года жизни. В большинстве развитых стран разработана стратегия, направленная на профилактику развития этой вирусной инфекции у детей. Стратегия основана на применении специфической профилактики у новорожденных с бронхолегочной дисплазией в период с октября по март, когда угроза развития РСВИ наиболее высока.

Опыт проведения профилактических мероприятий у детей поделилась главный неонатолог Литвы профессор Ниеле Дроздене. Следует отметить, что в Литве создан специальный реестр, в который вносятся все новорожденные, родившиеся с очень низкой массой тела, врожденными пороками сердца и бронхолегочной дисплазией. Это позволяет в эпидемиологический период своевременно назначать специфическую профилактику и значительно снизить заболеваемость и смертность детей от РСВИ. Так, уровень младенческой смертности в Литве в 2 раза ниже, чем у нас.

В Украине в данный момент проводятся многоцентровые эпидемиологические исследования, и в ближайшем будущем мы получим результаты по данной патологии, что позволит, ориентируясь на опыт других стран, создать программу по профилактике РСВИ в нашей стране.

— Какое впечатление произвел симпозиум в целом?

— Хотелось бы сказать, что симпозиум прошел очень динамично, было рассмотрено много актуальных вопросов, которые часто вызвали дискуссию и продолжали обсуждаться после завершения конференции. Нам удалось всесторонне обсудить ключевые этапы развития неонатологии в нашей стране и наметить дальнейшие шаги по ее развитию. Мы рассмотрели целый ряд важных технологий и направлений, регламентирующих работу специалистов в области перинатологии и неонатологии. Важной является гуманизация медицинской помощи новорожденным, которая включает только необходимые медицинские вмешательства и максимальное обеспечение физиологического ухода и развития. Кроме того, симпозиум дал возможность всем участникам встретиться, пообщаться и обменяться опытом.

В настоящее время большое внимание уделяется развитию системы непрерывного последилового образования врачей с использованием новых технологий, например таких, как дистанционное образование. Повышение качества последилового образования и внедрение новых технологий — важный компонент повышения эффективности медицинской помощи матерям и детям.

Подготовил Владимир Савченко

