

## ТОЧКА РОСТА

### ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ –

### ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ  
БУ «СУРГУТСКИЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»  
Лариса Дмитриевна  
Белоцерковцева



Сегодня перинатальные центры оказывают огромное влияние на динамику ключевых демографических показателей, способствуя росту рождаемости, снижению перинатальной и младенческой смертности, недопущению материнской смертности от управляемых причин.

Парадигма современного перинатального центра предполагает оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи на всех этапах, включая планирование беременности, перинатальный период, рождение и первый год жизни ребенка. Вся история БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» характеризуется поступательным выстраиванием многопрофильного лечебного учреждения, в котором используются технологии мирового уровня.

Стремясь к реализации актуальных задач в своей области, центр стал ядром перинатальной помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. По инициативе главного врача центра профессора, доктора медицинских наук Ларисы Дмитриевны Белоцерковцевой в округе была создана региональная модель перинатальной помощи и организовано три перинатальных центра. Из 27 362 родов, принятых в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре в 2013 году, 33% – 9018 родов – на счету БУ «Сургутский клинический перинатальный центр».

Удельный вес преждевременных родов у пациентов перинатального центра составил в 2013 году 10,8%,

за пять месяцев 2014 года – уже 12%. Понятно, что никакая детская больница не справится с таким количеством недоношенных детей. Обеспечить высокое качество медицинской помощи пациентам данной категории, особенно с экстремально низкой массой тела, с перинатальной патологией, тем более при необходимости экстренного оперативного вмешательства, возможно только при условии осуществления всего комплекса медицинских услуг в пределах одного здания. Поэтому за последние шесть лет неонатальная служба перинатального центра претерпела значительные изменения, начало которым было положено с момента открытия в конце 2007 года отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Изначально отделение было рассчитано на 12 мест, но ввиду ежегодного роста рождаемости в регионе, который с 2007 по 2013 год составил 47%, а также в связи с внедрением новых технологий и подходов к выхаживанию новорожденных оно было расширено до 21 места.

За годы работы отделению удалось значительно снизить показатель ранней неонатальной смертности и удерживать его на уровне, сопоставимом с показателями стран с высокоразвитой системой здравоохранения. В 2013 году он составил 0,66 на 1 тыс. родившихся живыми.

Во всем мире наблюдается тенденция к увеличению количества преждевременных родов. Это связано и с изменениями состояния здоровья населения, и с развитием вспомогательных репродуктивных технологий. Поэтому основной контингент пациентов ОРИТН в современном перинатальном центре – это недоношенные дети, и особую категорию представляют собой пациенты с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ). На сегодняшний день об уровне оказания медицинской помощи можно судить по выживаемости среди детей с массой тела при рождении менее 1 кг. Для успешного оказания помощи таким пациентам необходимо внедрение и активное использование современных неонатальных технологий: это и антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома

глюкокортикоидами, и раннее введение сурфактанта, и сохранение тепловой цепочки в родильном зале и на этапе транспортировки в ОРИТН, и широкое применение неинвазивных методик респираторной поддержки на этапе выхаживания в ОРИТН. Благодаря применению этих и других подходов (протоколы энтерального, парентерального питания, рациональное использование антибактериальной терапии) удалось добиться значительных результатов в выхаживании детей с ЭНМТ.

За период 2009–2013 годов в отделении находилось на лечении 193 ребенка с массой тела при рождении менее 1 кг, и, как отмечалось ранее, количество таких детей растет из года в год.

Выживаемость в группе детей с ЭНМТ на этапе перинатального центра (до выписки или перевода в другое лечебное учреждение) в 2013 году достигла 88,5%.

Что касается доношенных новорожденных, то наиболее значимыми причинами заболеваемости и смертности среди них являются врожденные инфекции (пневмония, ранний неонатальный сепсис), аспирационные синдромы, тяжелая асфиксия при рождении, хотя совершенствование акушерских технологий значительно сократило эти показатели.

Наиболее грозными осложнениями, способствующими отдаленной заболеваемости и смертности таких пациентов, являются развитие легочной гипертензии и гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Для лечения указанных осложнений в отделении за короткий промежуток времени были внедрены новые технологии. Например, в лечении легочной гипертензии применяется ингаляция оксида азота, для лечения пациентов с тяжелой интранатальной асфиксией – тотальная терапевтическая гипотермия. Все эти методы позволили значительно улучшить показатели выхаживания новорожденных.

С момента внедрения тотальной терапевтической гипотермии во втором полугодии 2012 года методу применили у 19 детей (6 в 2012 году и 13 в 2013 году). Из них 17 детей были выписаны из перинатального центра с удовлетворительным неврологическим статусом, 1 ребенок переведен в многопрофильный стационар в связи с сопутствующей хирургической патологией (врожденный порок развития – ложная диафрагмальная грыжа), 1 ребенку был предписан следующий этап лечения в связи с тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатией.

Пациенты с ЭНМТ при рождении представляют собой особую группу ввиду специфичности течения постнатального периода, высокого риска осложнений со стороны незрелых органов и систем, когда требуется даже хирургическое лечение. Очевидно, что транспортировка детей, которым необходимо экстренное и срочное хирургическое вмешательство, может значительно ухудшить прогноз, а в ряде случаев недопустима. В интересах пациента предоперационная подготовка, хирур-

гическое лечение, а также послеоперационное выхаживание должны проводиться высококвалифицированной командой, специализирующейся на лечении состояний неонатального периода. Для улучшения качества оказания медицинской помощи этой категории пациентов и было принято решение об организации службы неонатальной хирургии. Круглосуточная доступность хирургической помощи новорожденным – ключ к снижению заболеваемости, летальности, а также к улучшению качества жизни детей с врожденной или приобретенной хирургической патологией.

С 2010 года в штат перинатального центра был принят детский хирург, а в 2013 году открыто отделение неонатальной хирургии с коечным фондом в составе ОРИТН и отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. За это время неонатальная хирургическая служба достигла значительных результатов. Совместная работа врачей анестезиологов-реаниматологов, неонатологов и детских хирургов привела к значительному снижению случаев некротизирующего энтероколита (НЭК) – одного из наиболее тяжелых состояний с высокими показателями инвалидизации и летальности. Врожденные пороки развития: диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода, стенозы и атрезии ЖКТ, гастрошизис, врожденный гидронефроз IV степени, а также приобретенная патология: перфорация ЖКТ, НЭК, паховые грыжи, постгеморрагическая гидроцефалия, функционирующий гемодинамически значимый артериальный проток – оперируются в условиях перинатального центра. Активно используется эндовидеохирургия. На сегодняшний день проведено 17 эндоскопических оперативных вмешательств, в том числе торакоскопическая френикопексия при врожденных ложных диафрагмальных грыжах, лапароскопическая кистэктомия, лапароскопическая герниопластика паховых грыж, диагностическая лапароскопия и энтеростомия. Активно выявляются и лечатся ретинопатии недоношенных, проводится скрининг и отбор пациентов на процедуру лазерной коагуляции сетчатки, которая выполняется в условиях ОРИТН.

Таким образом, на сегодняшний день в условиях БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» охватывается практически весь спектр медицинской помощи новорожденным как с соматической, так и с хирургической патологией, за исключением высокоспециализированной помощи, такой как хирургическая коррекция врожденного порока сердца, ряда пороков развития легких. В перспективе планируется расширить спектр хирургических вмешательств у новорожденных, идет активная подготовка к внедрению фетальной хирургии.

*Сургутский перинатальный клинический центр находится по адресу: ул. Губкина, д. 1, Сургут, ХМАО-Югра, Тюменская обл., Россия, 628415. С главным врачом центра можно связаться по электронной почте: info@surgut-kpc.ru или по телефону: (3462) 529 797.*