

# Неонатальная служба столицы

Валерий Горев



*Какое внимание уделяется в Москве самым маленьким пациентам и как работает неонатальная сеть города, рассказывает главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы Валерий Горев.*

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**Валерий Горев, главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», к. м. н.**

## — Как развивается сегодня неонатология в Москве?

— Наш профиль относительно молодой, он выделился из микропедиатрии. Одна из его особенностей — высокая технологичность. Изменения в неонатологии происходят постоянно. Это связано прежде всего с накоплением знаний о пациентах неонатального профиля, с огромным количеством исследований, которые ведутся по всему миру. Особой зоной потребности в высокотехнологичной помощи именно в нашем профиле является помощь детям, которые рождены раньше срока. С 2012 года мы официально выхаживаем детей, родившихся начиная с 22-й недели беременности, что составляет чуть больше половины нормального

физиологического срока гестации. Это особый контингент пациентов, требующий огромного количества знаний, мануальных навыков, серьезного технического обеспечения и, обязательно, умения работать на этом оборудовании. Конечно, у нас многое довольно быстро меняется, появляются новые концептуальные подходы, и все нацелено на повышение выживаемости наших детей, желательно без потери качества жизни.

## — В чем особенность высоких технологий в неонатологии?

— Техническая сторона нашей работы представлена широким диапазоном различных видов медицинского оборудования, которое, в частности, позволяет протезировать условия внутриутробного развития хотя бы в какой-то степени для детей, родившихся раньше срока. Полная замена и воссоздание таких условий — это утопия, по крайней мере, на сегодняшний день. При этом доношенные дети тоже могут достаточно серьезно болеть, особенно при аномалиях развития, и требовать значительного медицинского вмешательства. Для нас важно оборудование, которое позволяет в онлайн-режиме показывать их самочувствие,



## МЫ ОКАЗЫВАЕМ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ И ВЫХАЖИВАЕМ ВСЕХ ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ЖИВОРОЖДЕНИЯ, ДАЖЕ ПРИ ВЕСЕ МЕНЕЕ 500 ГРАММОВ

поскольку любое отклонение требует от нас каких-то действий. И, безусловно, нам необходимо оборудование, которое позволяет проводить мониторинг состояния ребенка во всех максимально возможных его аспектах с применением, по возможности, неинвазивных методик. Например, в организме килограммового ребенка, который имеет полное право на жизнь, объем циркулирующей крови составляет 110–120 мл. Для того чтобы проконтролировать состояние пациента, оценить, как работает его организм, мы берем кровь на анализ и вместе с этим забираем то важное, что нужно ему самому. Поэтому очень следим за развитием технологий, позволяющих неинвазивно мониторить параметры организма малыша. В связи с этим, конечно, хочется отметить огромное внимание к неонатологии со стороны производителей медицинского оборудования, фармпроизводителей, которые разрабатывают продукты для внутривенного замещения питания ребенку, со стороны организаторов здравоохранения, которые создают максимально благоприятные условия для медицинской помощи детям.

**— А что касается отношения со стороны пациентского сообщества?**

— Да, мы сейчас чуть больше на слуху. Все-таки неонатолог — это первый доктор малыша. И наши специалисты действительно пользуются особым доверительным отношением со стороны родителей. Иногда это даже избыточно, потому что родители потом не готовы переключить внимание на врачей-педиатров поликлиник. С первым доктором часто складывается эмпатия, и она не может не сложиться. У нас на глазах (и при нашем участии) происходит много счастливых и важных моментов. Это позволяет сформироваться теплой, интимной обстановке во взаимодействии с врачом-неонатологом. Ведь если семья сталкивается с проблемой, мы вынуждены вмешиваться, чтобы дать малышу шанс на жизнь, помочь ему справиться с трудностями. Это

В отделении неонатологии Морозовской больницы



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

тоже способствует высокому уровню доверия родителей к доктору этой специальности.

### — Достаточно ли в Москве неонатологов?

— Наша специальность остается одной из самых редких. По данным 2022 года, озвученным в докладе в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, количество неонатологов по всей стране составляет около пяти с половиной тысяч. В Москве из этого общего числа работают около 400 человек. Поскольку на столицу приходится примерно 10 % всех родов в стране, цифры соотносятся. И необходимо оговорить: с новорожденными работают еще и анестезиологи-реаниматологи неонатальных отделений, зачастую их относят тоже к неонатологам, поскольку в 80–90 % случаев они имеют второй сертификат — неонатолога.

### — Какие изменения произошли в московской неонатологии в последние годы?

— Именно в прошлом году в неонатальном профиле в Москве произошли очень важные и масштабные изменения. У нас открылись два совершенно новых, оснащенных по самому совершенному стандарту перинатальных центра — в Городской клинической больнице имени Л. А. Ворохобова и в Многопрофильном медицинском клиническом центре «Коммунарка». Это мощные акушерские стационары, которые в месяц обеспечивают 500–800 родов каждый. И самое главное,

что на сегодняшний день именно на них приходится значительная доля преждевременных родоразрешений. При всей новизне коллективы новых перинатальных центров — это не случайные коллективы. С открытием новых центров были закрыты старые. Несмотря на то, что там регулярно обновлялся парк оборудования, они требовали капитального ремонта, новых логистических процессов, нового подхода к работе с пациентами, комфортного пространства для родителей. Все новые возможности вкупе с переоснащением реализованы в наших перинатальных центрах. А те заслуженные коллективы, которые много лет нарабатывали опыт, стали основной частью, костяком, этих центров.

Также, помимо двух новых, у нас продолжает работать крупный перинатальный центр при Городской клинической больнице имени С. С. Юдина, который тоже может принимать порядка 1000 родов в месяц, и перинатальный центр в Зеленограде, который обеспечивает этой высококвалифицированной помощью отдаленный район Москвы. Да, там меньше родов, но они проходят на том же качественном уровне. И между всеми перинатальными центрами постоянно происходит обмен опытом, технологиями, которые показывают наилучший результат.

Морозовская больница — один из крупнейших детских стационаров города и страны и место зарождения новых направлений в педиатрии

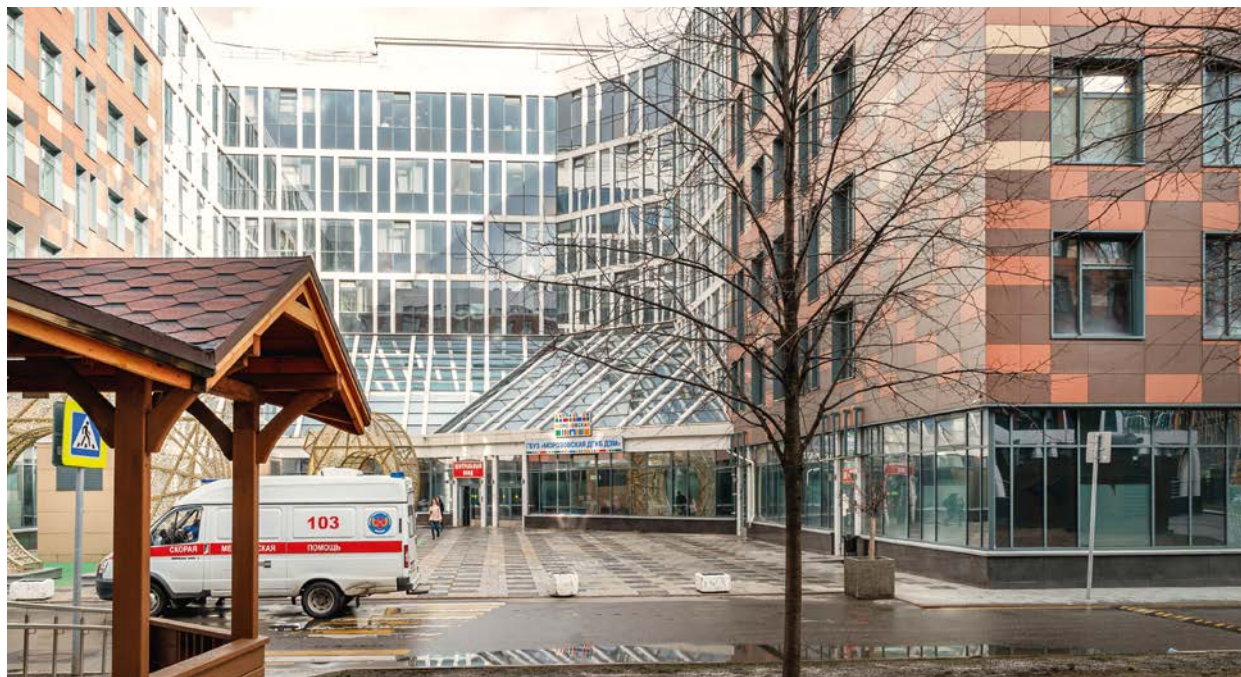


Фото: НИИОЗММ ДЗМ



— Когда-то выхаживание детей с массой тела 900 граммов было прорывом, потом эта условная планка снизилась до 500 граммов. Сколько весят ваши самые маленькие пациенты?

— Как я уже говорил, с 2012 года наша страна перешла на новый стандарт живорождения: было признано законодательно обязательное выхаживание детей с массой тела при рождении 500 граммов, и мы активно включились в работу. Это не значит, что раньше не оказывалась помощь таким недоношенным малышам. Речь идет о фиксации этого процесса и большем контроле в поддержании жизни таких детей. На самом деле эта точка соответствует 22 неделям. Масса ребенка в этот момент составляет примерно 500 граммов. Но помощь

обеспечивать им возможность перехода на совместное пребывание с матерью. И параллельно у нас стали все больше и больше выживать детки с массой тела менее килограмма.

— Но ведь разные потребности и риски у детей с массой тела, например, 900 граммов и 500 граммов?

— Да. Эту категорию детей с массой до килограм-

Родившиеся раньше срока малыши проводят в больнице первые месяцы жизни. Малыши на фото родились на сроке 27 недель с массой 850 г и 980 г и дозревают в условиях неонатального отделения. На фото им 6 недель



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**БЕЗУСЛОВНО, ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНЫ В МОСКВЕ ГОРАЗДО ВЫШЕ, ЧЕМ В ДРУГИХ РЕГИОНАХ. ПОЭТОМУ ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У НАС НИЖЕ, ЧЕМ В СРЕДНЕМ ПО СТРАНЕ**

оказывается всем детям, которые родились с признаками живорождения, и иногда они весят даже менее 500 граммов.

Очень важная закономерность: опыт активного оказания помощи нашим пациентам при таком уязвимом сроке рождения и критически низком весе привел к тому, что детки с большей массой стали выживать чаще и с лучшим качеством жизни на перспективу. За десять лет очень многое поменялось. Мы сейчас практически не беспокоимся о детях с массой тела более килограмма и с уверенностью можем утверждать, что с ними все будет хорошо. Мы научились с ними работать, быстро

ма можно разделить на несколько групп. Масса тела от 750 до 1000 граммов — это соответствует примерно 25–28 неделям гестации. Очень уязвимый срок, но показатели выживаемости этой группы детей радуют, мы можем надеяться на достаточно хороший потенциал здоровья этих детей. Хотя, конечно, прогноз прямо пропорционален сроку гестации. А вот группа детей с массой тела 500–750 граммов (по сроку беременности это примерно 22 недели — 24 недели 6 дней) во всем мире считается серой зоной выживаемости. К сожалению, это означает и худший прогноз выживания, и худший прогноз по состоянию здоровья выживших детей. Но все не так

печально! Потому что технологически мы развиваемся и видим прогресс и в этой серой зоне. На сегодняшний день у нас появилась третья группа детей — менее 500 граммов. Работая с ними, мы копили бесценный опыт, который позволяет нам лучше выхаживать и детей более старшего гестационного возраста. И сейчас, отчасти благодаря наработкам в группе самых маленьких недоношенных детей, та самая «серая зона» 500–750 граммов демонстрирует лучшие показатели выживаемости.

### — Серая зона светлеет?

— Да. Тем не менее пока она остается серой зоной. Дети выживают, но требуют достаточно длительного медицинского сопровождения, возможно, на протяжении жизни. При этом, конечно, появляются новые навыки длительного сопровождения таких детей, направленного на формирование лучшего прогноза.

На самом деле увеличение количества детей с массой тела менее 500 граммов — это тоже результат медицинского прогресса. Как мы в неонатологии движемся по стадиям развития человека и осваиваем возможности сохранения жизни на все более ранних

женщинам с серьезными заболеваниями, женщинам все более старшего возраста. Средний возраст роженицы в Москве перевалил за 33 года. А около 12 % родов приходится на долю женщин старше 40 лет. Очевидно, что чем выше возраст, тем больше частота хронических заболеваний, которая сопряжена с риском, в том числе преждевременных родов. И мы к этим фактам адаптируемся.

**— Расскажите об общей картине здоровья новорожденных москвичей. С одной стороны, взрыв технологий и рост возможностей, с другой — увеличение достаточно тяжелого контингента недоношенных детей со всеми рисками для здоровья.**

Комната для приготовления смесей для кормления пациентов неонатального отделения оснащена самым современным стерилизационным оборудованием



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

этапах ее развития, точно так же акушеры-гинекологи все больше учатся пролонгировать беременность. И на больших сроках уже достигнуты серьезные успехи, но сложность представляют именно меньшие сроки, потому что зачастую причиной ранних преждевременных родов являются заболевания, которые сложно спрогнозировать и предотвратить. И мы должны отдавать себе отчет, что с развитием медицины мы увеличиваем продолжительность жизни, пролонгируем ее активную часть, которая в том числе связана и с детьми. Мы даем возможность реализовать репродуктивный потенциал

— Статистически, к счастью, доля недоношенных детей, требующих особого внимания, остается в общих цифрах одинаковой. Как я уже сказал, появляется все больше детей с массой менее 500 граммов и 500–750 граммов. Но при этом доля детей 1000–1500 граммов за последние несколько лет уменьшилась почти в два раза, плюс мы в принципе научились с ними так работать, что примерно в 98–99 % случаев у них формируется хороший прогноз на будущую жизнь. Уменьшилась и доля детей 750–1000 граммов, поскольку наши акушеры обладают технологиями для продления беременности на таких



## РАСТЕТ ДОЛЯ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА ОКОЛО 500 И В ДИАПАЗОНЕ 500–750 ГРАММОВ, НО ПРИ ЭТОМ ЗА СЧЕТ РАЗВИТИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОЛОНГАЦИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА БОЛЬШИХ СРОКАХ СОКРАТИЛАСЬ ДОЛЯ ДЕТЕЙ С МАССОЙ 750–1500 ГРАММОВ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

сроках. И в целом, если говорить про москвичей, безусловно уделяется внимание вопросам планирования беременности, ее ведения, выбора, где рожать, чтобы это было максимально защищено и подстраховано с точки зрения медицины. И несмотря на серьезные миграционные движения в городе, безусловно, доступность медицины в Москве гораздо выше, чем в других регионах. На самом деле поэтому частота преждевременных родов у нас ниже, чем по стране. Она составляет примерно 5,6 %, в то время как по стране она варьируется от 6 до 7 %. В масштабах наших 100 тысяч родов ежегодно это серьезные цифры. Да, безусловно, доля беременностей, которые требуют большего медицинского внимания, увеличилась. Но технологии позволяют нам успешно работать с этой проблемой. Поэтому состояние здоровья наших малышей минимум лет за пять статистически точно не изменилось. Есть даже некоторые радующие факторы. У наших новорожденных снизилась инфекционная заболеваемость, сейчас мы практически не видим локальных инфекционных процессов в наших родильных домах.



Работа с такими крошечными пациентами требует от медицинских сестер ювелирной точности в выполнении любых медицинских манипуляций

### — Как влияет на здоровье новорожденных применение вспомогательных репродуктивных технологий?

— Около 7 % в структуре родов составляют роды с применением репродуктивных технологий. Это много. И вспомогательные репродуктивные технологии ассоциированы с повышенным риском преждевременных родов и с повышенной заболеваемостью у детей. Но все равно это менее 10 % в течение многих лет. Статистически — с учетом преждевременных родов, рождения детей с какими-то отклонениями в развитии органов и систем — 92–93 % детей (это меняется от стационара к стационару) выписываются домой из родильного дома без необходимости каких-то медицинских манипуляций. Эта цифра стабильная и никак не меняется. То есть,

## ОБРАЗЦЫ КРОВИ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА АНАЛИЗИРУЮТСЯ В СЕМИ ЛАБОРАТОРИЯХ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ, ВКЛЮЧАЯ ЛАБОРАТОРИЮ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, КОТОРАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ ДОСТИГЛА ЭКСПЕРТНОГО УРОВНЯ

делая новый шаг в решении рискованных задач по спасению малышей с экстремально низкой массой тела, мы закрепляем успех на предыдущих этапах и таким образом поддерживаем стабильно хорошие результаты.

### — Расскажите, пожалуйста, о неонатальном скрининге, как он формировался?

— С 2012 года в Москве проводился расширенный неонатальный скрининг в отношении дополнительных 5–6 заболеваний. Методика позволяла попутно диагностировать и большее количество заболеваний, но мы не называли их нозологиями, включенными в скрининг, поскольку для такого включения есть четкие критерии. Программа показала свою нужность, полезность. За это время по сравнению с другими регионами мы достигли серьезных компетенций в неонатальном скрининге, стали экспертами в этом вопросе. А с 1 января 2023 года уже по всей стране реализуется программа неонатального скрининга на 36 нозологий. Исследования проводятся в семи лабораториях по всей стране, включая лабораторию Морозовской больницы, которая за последние пять лет достигла экспертного уровня. Не буду перечислять эти 36 нозологий [см. с. 95. — прим. ред.]. Но там есть часть очень значимых социально заболеваний с хорошим прогнозом в случае раннего начала лечения, например, синдром мышечной атрофии (СМА), первичные иммунодефициты. Это не значит, что мы раньше мы не ставили эти диагнозы. Но мы ставили их на фоне манифестации, что означало уже некоторые потери.

### — В чем преимущества работы неонатолога в Москве по сравнению с другими городами?

— В медицине не должно быть соревнований. Если появляется какая-то технология и показывает хорошие результаты, то наша задача максимально быстро транслировать ее на максимально широкое число нуждающихся в ней пациентов, в том числе и в других регионах. Конечно, преимущество Москвы очевидно. Потому что мы работаем с огромным количеством населения. Соответственно, частота встреч с более редкими серьезными заболеваниями в наших коллективах

выше, чем в других регионах. А это значит, что уровень компетенций наших медицинских коллективов тоже выше. И в этом отношении Москва действительно обладает преимуществами. Наши многопрофильные детские стационары, перинатальные центры являются клиническими базами лучших медицинских вузов страны, которые находятся в Москве. Конечно, много очень сильных медицинских вузов и в регионах, но их клинические базы не обладают таким многочисленным контингентом. Этот сплав, научный, образовательный, дает возможность очень интенсивного и качественного развития медицинской помощи в целом. Наши медицинские коллективы так или иначе вовлекаются в образовательный процесс, формируется особая атмосфера, позволяющая всегда быть на профессиональной высоте. Ну и, конечно, очень много значит возможность регулярно следить за обновлением парка оборудования и оснащения. Новые технологии, которые появляются в любых профилях медицины, первыми осваивают московские учреждения.

### — В Москве несколько великолепных детских больниц. В каждой есть неонатальные отделения?

— У нас 10 детских стационаров. Но если говорить о неонатальном профиле, то это должна быть многопрофильная больница. Что такое неонатология? Это не заболевание какого-то одного органа или системы, это пациенты определенного возраста. И наши дети болеют всем. Например, в Филатовской больнице — самый большой реанимационный фонд: 45 коек реанимации новорожденных, 80 коек патологии новорожденных. Наши новые перинатальные центры имеют тоже очень серьезный коечный фонд — по 42 койки реанимации новорожденных и от 80 до 100 коек патологии новорожденных. Мы стремимся сделать наши перинатальные центры самодостаточными, чтобы у большинства пациентов, на каком бы сроке они ни родились, была возможность выписаться из перинатального центра домой, не переезжая в больницу. Потому что сама по себе перегоспитализация для тяжелого маленького пациента, особенно рожденного раньше срока, это целая история и большая нагрузка. Основная задача



перинатальных центров — стать максимально автономными. В этой ситуации мы внутри наших медицинских организаций находимся в постоянной тесной связи, помогаем освоить все больше компетенций сотрудникам перинатальных центров. Поэтому в наших перинатальных центрах происходят и хирургические вмешательства, даже на сердце. В партнерстве с Морозовской больницей в перинатальном центре при ГКБ № 67 имени Л. И. Ворохобова мы уже проводили кардиохирургические вмешательства, нейрохирургические вмешательства. Там освоен достаточно большой объем хирургических вмешательств при патологии желудочно-кишечного тракта, при аномалиях развития легочной системы. Но если ребенок требует более серьезного вмешательства, он переводится в детский

до эндоскопической коррекции спинномозговой грыжи, даже без вскрытия матки. Но пока еще более распространена технология, когда коррекция спинномозговой грыжи плода производится с разрезом на матке, выходом ребенка наружу при сохранении маточно-плацентарного кровотока. Это направление развивается и, безусловно, будет частью компетенций наших перинатальных центров. Наибольший опыт в Москве в этой области достигнут специалистами Центра планирования

Для женщин, находящихся в Морозовской больнице вместе с новорожденными детьми, созданы специальные условия для сцеживания, а также для хранения грудного молока



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

многопрофильный стационар, и, безусловно, мы хотим получить пациента с хорошим прогнозом.

### — Как вы относитесь к фетальной хирургии?

— Фетальная хирургия — это зона ответственности наших коллег, акушеров-гинекологов, потому что это вмешательство на плоде. Но неонатолог всегда участвует в операции. К сожалению, не всегда фетальная хирургия заканчивается пролонгированием беременности. Иногда приходится идти на экстренное родоразрешение. Но фетальная хирургия, безусловно, развивается и охватывает все больше различных нарушений плода. В Москве она представлена достаточно широко и давно, начиная с самых простых вмешательств при гемолитических заболеваниях плода, когда требуется заместительная трансфузия эритроцитов вследствие резус-конфликта. В итоге она прошла в развитии путь

семьи и репродукции, где проводились не только транс-абдоминальные трансфузии эритроцитов, но и лазерная коагуляция сосудов при монохориальной беременности, когда возникают гемодинамические изменения и страдают оба плода в итоге. Фетальная хирургия — это будущее, и его не остановить. Когда мы имеем дело с желанной беременностью, как не помочь будущему ребенку, в том числе и внутриутробно.

### — В амбулаторном звене нужны неонатологи?

— Сейчас у нас неонатологи широко представлены в физиологических отделениях акушерских стационаров. Хотя, если мы обратимся к мировому опыту, то в подобных отделениях, где ребенок не требует медицинского внимания, неонатологов нет. Они там работают для того, чтобы прочертить границу между нормой и патологией. В первые часы, дни, месяц жизни ребенка в рамках

адаптации организма к внеутробному состоянию в сердечно-сосудистой, дыхательной системах происходят серьезные изменения, практически нет ни одного органа, который не участвовал бы в этом процессе. Но все-таки неонатолог работает с патологией. Поэтому вопросов для амбулаторного его применения не должно возникать. За много-много лет система работы участковых педиатров уже сложилась, и они прекрасно справляются с работой с маленькими детьми, осмотрами и патронажем. Поэтому, каким бы я ни был приверженцем этой профессии, нет необходимости неонатологу присутствовать в поликлиниках, его место в стационаре. А если специалистам амбулаторного звена не хватает каких-то компетенций, их можно получить в нашем Кадровом центре. Многие вопросы неонатального профиля для наших участковых педиатров или врачей смежных специальностей мы освещаем в рамках работы Кадрового центра.

### — Какова роль среднего медицинского персонала в неонатологии?

— Средний медицинский персонал неонатальных отделений — особая каста. Это люди, которые наряду с мамой обеспечивают 80 % успеха. Это, особенно в реанимации, специалисты высочайшего уровня. Если говорить о ребенке, который родился с массой тела 500 граммов, речь о его возможной выписке заходит примерно на 38-й неделе его истинного гестационного срока. То есть первый раз мы подумаем, можно ли человечка выписать домой, через 15–16 недель после его преждевременного рождения. А в среднем они выписываются в 42, 44 недели, а некоторые — и в 50 недель гестационного возраста. И все это время — 4, 5, 6 месяцев — с ними работает один коллектив, в том числе медицинская сестра. Для сравнения: в других отделениях нашего стационара средний срок пребывания — 5 дней. Неонатальные сестры — это история про реальную человеческую заботу, это больше, чем простая эмпатия, это психоэмоциональная синергия вместе с семьей, которая выхаживает своего малыша в нашем отделении. Так можно работать только по призванию. Я даже не буду говорить о том, как бережно они должны взвешивать (иногда два-три раза в день) этих малышей. Какими они должны обладать навыками и какой чувствительностью рук, чтобы таким детям в венку с волосок

поставить катетер или взять кровь. Как все это должно быть бережно, как они должны любить свой труд, оберегать ребенка, в том числе и от врачей, которые вечно торопятся и им надо посмотреть этого пациента здесь и сейчас, а он только уснул... Кто будет тем барьером, который не допустит, чтобы просто так разбудили ребенка? Медицинская сестра. Она скажет: извините, ребенок отдыхает, у него недавно брали кровь, ему нужно восстановиться после этого стресса, а вот через два часа я буду менять пеленки и позову вас для осмотра. Не каждый остается, не каждый может. И я убежден, что это бриллианты среди руды. Хорошая медицинская сестра в неонатальном отделении — это большая часть успеха, не меньше, чем доктор наук или профессор в ординаторской. Если в отделении медицинские сестры не будут обладать качествами, о которых я сказал, все профессорские знания будут бесполезны.

### — Объясните, пожалуйста, важность грудного вскармливания с точки зрения неонатолога.

— Грудное вскармливание в случае работы с недоношенными детьми становится частью медицинской технологии. Когда мы оказываем недоношенному ребенку помощь, прежде чем унести его в реанимацию, мы подходим к маме, сцеживаем и даем первые капельки молозива ребенку. Дело в том, что состав грудного молока естественным образом адаптируется к потребностям недоношенного ребенка, оно содержит больше белка, имеет другую структуру жирных кислот и большую концентрацию иммунологических факторов, которые защищают его от враждебного мира. В нашей больнице работает Центр грудного вскармливания. Этому нашему детищу год. За это время мы раза в 4 увеличили объем сохраненного грудного вскармливания. И наша сотрудница Татьяна Николаевна Бескопыльная, перинатальный психолог, является основным спикером по теме поддержки грудного вскармливания и читает лекции для педиатров, акушеров-гинекологов, неонатологов. Для перинатальных центров и акушерских стационаров озабоченность этим вопросом — норма, но для детских стационаров пока это редкость. В родильных домах обычно поддержка грудного вскармливания становится задачей волонтерской службы. Но этими процессами

**ФЕТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ — ЭТО БУДУЩЕЕ, И ЕГО НЕ ОСТАНОВИТЬ.  
КОГДА МЫ ИМЕЕМ ДЕЛО С ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, КАК НЕ ПОМОЧЬ БУДУЩЕМУ РЕБЕНКУ,  
В ТОМ ЧИСЛЕ И ВНУТРИУТРОБНО**



## МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА УНИКАЛЬНА ТЕМ, ЧТО **МЫ ПРОВОДИМ РОДРАЗРЕШЕНИЯ, КОГДА НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМА НЕМЕДЛЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ, НАПРИМЕР, В СЛУЧАЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

мы должны управлять. У нас работают специальные комнаты для сцеживания, оформленные в позитивном стиле. И мамы, которые находятся в стрессе, поскольку дети лежат в реанимации, называют эти комнаты «зоной психоразгрузки». Сцеженное молоко специально подогревают, если оно требуется прямо сейчас. Для некоторых пациентов мы добавляем в него питательные вещества. Но можно и заготовить молоко впрок — заморозить, тогда при выписке его забирают домой. Для формирования сосательного рефлекса мы прикладываем к груди даже самых маленьких детей, потому что это один из базовых рефлексов, который в принципе запускает нервное развитие.

### — **Вопрос как к главному врачу Морозовской больницы. Расскажите, пожалуйста, о ваших самых интересных проектах, планах, перспективах.**

— В этом году Морозовской больнице 120 лет. У нас очень много уникальных специалистов и очень много педиатрических профилей, которые зарождались именно в Морозовской больнице. Например, первое гематологическое отделение в стране, первые онкологические пациенты детского возраста, первый компьютерный томограф в детских стационарах, первое рентгенологическое отделение. И наша больница не перестает развиваться. В год мы оказываем помощь более 130 тысячам детей. Среди них в прошлом году 84 тысячи детей были госпитализированы на круглосуточную койку, остальные 46 тысяч пациентов были проконсультированы амбулаторно, в том числе на уровне приемного покоя. В год у нас более 50 тысяч наркозов. Более 30 тысяч оперативных вмешательств. В этом году мы выйдем на уровень 12 тысяч оперативных вмешательств только в рамках стационара одного дня. Морозовская больница — это огромный живой организм. Безусловно, со своими проблемами, но мы учимся их успешно решать в широком взаимодействии со всем нашим медицинским сообществом, с Департаментом здравоохранения города Москвы, Правительством Москвы, на фоне огромного внимания федеральных образовательных учреждений — у нас 15 кафедр всех московских медицинских университетов федерального уровня. В каждом

структурном подразделении у нас есть победы, есть технологии, о которых можно говорить до бесконечности.

Поскольку наша сегодняшняя встреча все-таки посвящена неонатальному профилю, я хочу сказать, что наша детская больница уникальна и тем, что мы проводим здесь родоразрешения. За последние два года это порядка 10 родоразрешений в случаях, когда «промедление смерти подобно». То есть, если ребенок родился в акушерском стационаре, ему надо оказывать помощь, потом организовать транспортировку, что сопряжено с высокими рисками ухудшения состояния. Например, у нас в случае опухоли верхних дыхательных путей ребенок был прооперирован через пять минут после рождения. И операция у ребенка закончилась раньше, чем завершилось в соседней операционной кесарево сечение мамы. Что крайне важно, нам удалось обеспечить контакт «кожа к коже» еще на операционном столе, пока маме заканчивали кесарево сечение.

### — **Что является показанием к такому родоразрешению?**

— Безусловно, жизненно важные операции. Как правило, речь идет об опухолях, которые затрудняют становление самостоятельного дыхания, аномалиях развития легких и дыхательной системы (диафрагмальные грыжи), когда ребенку с первых минут жизни требуется интубация, искусственная вентиляция легких, а зачастую и экстракорпоральная мембранная оксигенация. Операции проводятся в рамках процедуры EXIT. Это, кстати, часть фетальной хирургии, потому что первые действия ребенку мы производим, когда он еще считается плодом. С помощью кесарева сечения мы выводим ребенка наполовину, до сосочковой линии, нагнетаем теплый физраствор в полость матки, сохраняем ее расслабленной с помощью анестетиков, которые получает женщина. Эти же анестетики внутриутробно естественным путем получает и плод. Соответственно, он тоже обезболен, расслаблен, мы поддерживаем маточный плацентарный кровоток, и плацента продолжает выполнять газообменную функцию, обеспечивая ребенка кислородом и забирая у него CO<sub>2</sub>. Это дает нам время обеспечить ребенку проходимость дыхательных путей. Он отсекается от мамы, когда мы уже убеждены в том, что ребенку ничего не угрожает. 