

Роль неонатолога в проведении перинатального консилиума

Е.Д.Беспалова, Е.Л.Бокерия

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН, Москва

Функция перинатального консилиума – оказание экспертной помощи и проведение оперативного контроля качества перинатальной помощи. Врач-неонатолог должен решать все вопросы, связанные с пренатальной диагностикой, выбором времени и места родоразрешения и постнатальным прогнозом для новорожденных с врожденными пороками развития.

Ключевые слова: врожденные пороки, пренатальный диагноз

Role of neonatologist in holding of perinatal conference

E.D.Bespalova, E.L.Bockeria

Bakoulev Center for Cardiovascular Surgery, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The function of perinatal conference is rendering of the expert help and carrying out of operative control of perinatal help. The neonatologist must decide all questions about prenatal diagnosis, the time and optimal location of delivery and the postnatal prognosis for infants with congenital diseases.

Keywords: congenital diseases, prenatal diagnosis

Снижение перинатальной и младенческой смертности в Российской Федерации остается важной задачей. Несмотря на наметившийся рост рождаемости и умеренное снижение перинатальной смертности вследствие развития технологий диагностики, выхаживания и лечения новорожденных, среди основных причин их смерти сохраняется классическая триада: недоношенность, врожденные пороки развития, гипоксически-травматические энцефалопатии [1–3].

В то же время в регионах России, в небольших родильных домах и женских консультациях компетенция персонала в диагностике перинатальных рисков и заболеваний снижена вследствие спорадического их возникновения и отсутствия опыта работы [4–5].

В связи с этим в условиях многоуровневой системы оказания акушерской помощи существует необходимость в квалифицированной экспертной помощи и оперативном контроле качества оказания акушерской и педиатрической помощи в учреждениях родовспоможения, что и послужило причиной создания перинатальных консилиумов.

Перинатальный консилиум – комиссия, которая должна осуществлять лечебно-консультативные мероприятия, и которую, как правило, создают на базе клинических больниц. Председателем перинатального консилиума является руко-

водитель службы родовспоможения лечебно-профилактического учреждения.

В состав консилиума входят врач акушер-гинеколог, врач-терапевт, врач-педиатр, врач, осуществляющий пренатальную диагностику, врач-медицинский генетик (при наличии) и другие смежные специалисты (по согласованию).

В настоящей статье мы хотим подробнее остановиться на роли и возможностях врача-неонатолога перинатального консилиума в решении сложных вопросов, которые подчас определяют судьбу женщины и ее будущего ребенка.

Аntenатальный период включает в себя динамическое наблюдение за беременной и ребенком («плод как пациент»).

Мы полагаем, что перинатальный консилиум должен решать стратегические и тактические задачи.

Основные стратегические задачи перинатального консилиума на антенатальном этапе включают, кроме повышения числа неосложненных родов, снижение следующих показателей:

- числа преждевременных родов;
- числа акушерских и перинатальных осложнений во время беременности и родов;
- числа новорожденных с наследственными заболеваниями и грубыми аномалиями развития;
- перинатальной, материнской и младенческой смертности;
- перинатальной заболеваемости.

Основные тактические задачи перинатального консилиума на антенатальном этапе включают:

- проведение дополнительного обследования женщин с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями в период беременности;
- принятие решения о пролонгировании беременности;
- составление плана наблюдения за беременной;

Для корреспонденции:

Беспалова Елена Дмитриевна, доктор медицинских наук, руководитель перинатального кардиологического центра Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН
Адрес: 121552, Москва, Рублевское шоссе, 135
Телефон: (495) 414-7863

Статья поступила 02.11.2009 г., принята к печати 27.01.2010 г.

- выработка рекомендаций по родоразрешению;
- рассмотрение вопросов, связанных с прерыванием беременности (декомпенсация хронических экстрагенитальных заболеваний, выявление грубых пороков развития плода).

Мы считаем, что конкретные задачи врача-неонатолога состоят в следующем.

1. Анализ уже имеющихся данных ультразвукового исследования (УЗИ), биохимического скрининга, заключений специалистов (генетик и др. при их наличии).

2. Проведение экспертного УЗИ плода и, что наиболее сложно, экспертного эходоплеркардиографического (ЭходоплерКГ) исследования для установления максимально точного диагноза при врожденных заболеваниях и пороках развития плода.

При проведении экспертного УЗИ плода необходимо обращать внимание на следующие параметры:

- УЗИ-признаки внутриутробной инфекции;
- предполагаемый вес плода;
- фетометрическая и функциональная оценка состояния плода (признаки фетоплацентарной недостаточности и задержки развития плода).

Экспертная ЭходоплерКГ предполагает, что специалист, проводящий исследование, владеет методикой УЗИ сердечно-сосудистой системы плода, знаком с расширенным протоколом ЭходоплерКГ и анатомическими и гемодинамическими особенностями врожденных пороков сердца (ВПС) и нарушений ритма (НР) до и после рождения ребенка. Эксперт должен ориентироваться как в градациях ВПС у плода в зависимости от постнатального прогноза, так и в состоянии современной детской кардиохирургии (спектр доступных оперативных вмешательств), что позволит правильно определить прогноз заболевания и тактику лечения в раннем постнатальном периоде.

3. Своевременная организация экспертной консультации на 18–22 нед беременности (2-й этап скрининга).

4. Ретроспективный анализ исходов разбиравшихся случаев.

При подтверждении ВПС у плода врачи перинатального консилиума должны учитывать несколько организационных моментов:

- при определении перспектив хирургической коррекции ВПС неправомерно давать заключение о неоперабельности ВПС на данном этапе развития детской кардиохирургии.
- При сочетании генетических и экстракардиальных заболеваний, подтвержденных кариотипированием и экспертным УЗИ, постнатальный прогноз определяет наиболее выраженный и неблагоприятный врожденный порок или совокупность нескольких.
- При наличии у плода сочетанных пороков сердечно-сосудистой системы и аномалий других органов и систем, несовместимых с жизнью (анэнцефалия, синдром Эдвардса и др.), а также при отказе женщины в дальнейшем корректировать ВПС у новорожденного, показано прерывание беременности по медицинским показаниям с получением информированного согласия. Отказ женщины от операции ребенка должен быть закреплен документально.

В случае сохранения беременности при ВПС у плода показано параллельное наблюдение женщины в женской консультации и в профильном специализированном учреждении (перинатальный центр) для комплексной оценки состояния плода и динамических его изменений. Подобный контроль особенно важен для определения места, срока и способа родоразрешения.

Выбор оптимального лечебно-профилактического учреждения для родоразрешения женщины с ВПС у плода должен учитывать градацию пороков сердца в зависимости от постнатального прогноза (таблица).

Очень важным моментом работы перинатального консилиума является своевременность его проведения и компетентность специалистов.

Таблица. Градация ВПС у плода в зависимости от постнатального прогноза

Группы	Пороки сердца
«Критические пороки периода новорожденности», лечение которых возможно только в кардиохирургической клинике (экстренный перевод)	<ul style="list-style-type: none"> • Простая транспозиция магистральных артерий • Синдром гипоплазии левых отделов сердца • Синдром гипоплазии правых отделов сердца • Критическая коарктация аорты • Перерыв дуги аорты • Критический стеноз легочной артерии • Критический стеноз клапана аорты • Атрезия легочной артерии
Врожденные пороки сердца, при которых необходимо оперативное вмешательство в течение 1 месяца жизни ребенка (родоразрешение в Москве или в крупной региональной кардиохирургической клинике)	<ul style="list-style-type: none"> • Сложные пороки, сопровождающиеся выраженным стенозом легочной артерии • Аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии • Общий артериальный ствол • Тотальный аномальный дренаж легочных вен • Единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии • Атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии • Коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (динамический пренатальный ЭхоКГ-контроль) • Умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (оценка посредством динамического пренатального ЭхоКГ-контроля) • Атрезия трикуспидального клапана
Нарушения ритма сердца и проводимости, при которых родоразрешение должно происходить недалеко от крупных кардиохирургических стационаров	<ul style="list-style-type: none"> • Полная поперечная блокада (атриовентрикулярная блокада высоких степеней с частотой сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту)
Нарушения ритма сердца и проводимости, при которых родоразрешение должно происходить недалеко от крупных кардиологических центров	<ul style="list-style-type: none"> • Наджелудочковая тахикардия и трепетание предсердий, не поддающиеся внутриутробной антиаритмической терапии • Нарушения ритма сердца, сопровождающиеся развитием неиммунной водянки плода и не поддающиеся внутриутробной терапии

Мы полагаем, что целесообразно перенести сроки 2-го этапа скрининга беременных с 20–24 нед на 18–22 нед беременности.

Именно в этот период гестации (18–22 нед) врачи консилиума должны решать поставленные задачи, поскольку врачи первичного звена направляют женщин с подозрением на врожденные заболевания и пороки развития у плода на перинатальный консилиум уже после 24 нед беременности. Вследствие этого возникают проблемы с кариотипированием плода из-за большого срока беременности и увеличением числа возможных осложнений. Кроме того, нередки случаи, когда при комбинированном ВПС в сочетании с экстракардиальными заболеваниями у плода женщина желает прервать беременность (на 24–26-й нед). Однако врачи перинатального консилиума отказывают ей, ссылаясь на поздний срок беременности.

К сожалению, в последний год подобных случаев стало больше, что диктует необходимость перемещения на более ранние сроки 2-го этапа скрининга беременных.

Недопустимо проведение формальных поздних консилиумов при доношенной беременности и направление беременных женщин в крупные региональные центры на родоразрешение при любых заболеваниях и пороках сердца (без учета сложности порока, перспектив его лечения и психологических и социальных особенностей каждой конкретной семьи).

Заключение консилиума не должно носить формального характера; недопустимы стереотипные заключения при различных ВПС.

Рекомендации должны быть конкретными и грамотными; в настоящее время большинство проводимых перинатальных консилиумов не соответствуют своему назначению.

В перинатальный консилиум должны входить наиболее квалифицированные специалисты в различных областях.

Вместе с тем, причинами смертности новорожденных в акушерских стационарах являются не только врожденные аномалии и пороки развития, но и синдром дыхательных расстройств, внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах; инфекции, специфические для перинатального периода, врожденные пневмонии, внутрижелудочковые кровоизлияния.

Задача неонатолога при проведении перинатального консилиума – комплексно оценить состояние плода и новорожденного и, по возможности, прогнозировать возможные соматические проблемы, непосредственно определяющие исход беременности и постнатальный прогноз.

При сочетании недоношенности, незрелости новорожденного и генерализованной инфекции с функционирующими внутриутробными коммуникациями (открытый артериаль-

ный проток больших размеров) исход может быть крайне неблагоприятным.

Эти дети нуждаются во всей возможной высокоспециализированной медицинской помощи: интенсивная терапия новорожденных, выхаживание детей с малой массой тела, хирургия новорожденных, решение неврологических проблем, лечение ретинопатии.

Таким образом, врач-неонатолог, входящий в состав перинатального консилиума, для полноценной и эффективной работы должен быть экспертом в перинатальной кардиологии, хирургии, неврологии, офтальмологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Подбор врачей для перинатального консилиума должен быть очень жестким на основе проведения сертификации. Для повышения качества работы в перинатальные консилиумы целесообразно приглашать специалистов профильных клиник, которые непосредственно работают с пациентами этой категории и имеют большой практический опыт.

Соответствующие комиссии Минздравсоцразвития России должны проводить ежегодный контроль работы перинатального консилиума и, при необходимости, проводить кадровые изменения.

С учетом постоянного и интенсивного развития неонатологии, детской кардиологии и детской хирургии, обязательным условием высокоэффективной работы неонатологов в перинатальном консилиуме является проведение для них ежегодных обучающих семинаров по перинатологии с привлечением ведущих специалистов.

Литература

1. Барашнев Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. М., 2004.
2. Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В. Основы перинатологии. М., 2004.
3. Барашнев Ю.И., Кулаков В.И. Новорожденные высокого риска. М., 2006.
4. Мурашко М.А., Котова Е.Г., Торлопова В.А. Организация акушерской помощи беременным с врожденными пороками развития у плода. Здоровье человека на Севере 2008; 2: 10–13.
5. Мурашко М.А., Котова Е.Г., Торлопова В.А. Региональные особенности оказания акушерской помощи беременным с врожденными пороками развития плода, требующими экстренной хирургической коррекции. Матер. IV Съезда акушеров-гинекологов России. М., 2008; 170–1.

Информация о соавторе:

Бокерия Екатерина Леонидовна, кандидат медицинских наук, врач-кардиолог перинатального кардиологического центра Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН
Адрес: 121552, Москва, Рублевское шоссе, 135
Телефон: (495) 414-7863