

УДК: 616-053.3+614.2

**В.П. Лисак**

Департамент охорони здоров'я  
Полтавської обласної державної адміністрації  
(м.Полтава, Україна)

## ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ПЕРЕДЧАСНО ТА/АБО ХВОРИМИ, У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

**Ключові слова:** катamnестичне спостереження, передчасно народжені діти, новонароджені, організація.

**Резюме.** У статті представлено досвід організації та модель системи комплексного спостереження за дітьми, які народились хворими та/або передчасно, у Полтавській області. Висвітлено основні стратегічні завдання Центру, його структуру, штати, напрями та форми роботи, а також показання для спостереження. Продемонстровано проблемні та дискусійні питання, що стосуються організації комплексного спостереження за такими дітьми.

Охорона материнства й дитинства, турбота про майбутнє покоління в Україні піднесені до розряду національних пріоритетів. У даний час у країні триває реалізація Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства», метою якого є зниження дитячої та материнської смертності шляхом створення мережі перинатальних центрів III рівня надання медичної допомоги. Запровадження сучасних медичних технологій привели до успіхів у виходженні новонароджених дітей із дуже малою масою при народженні та підвищення їх виживання [1], у той час, як ще кілька десятиліть тому такі новонароджені помирали. Однак спостереження за новонародженими з дуже малою масою тіла при народженні засвідчили наявність у них нейро-розвиткових проблем, які виявилися більш складними, ніж це передбачалося раніше, тому ці діти вимагають своєчасного оцінювання розвитку та втручання [2, 3]. У розвинених країнах світу спостереження за пацієнтами неонатальних відділень інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) зазвичай проводиться у спеціальних підрозділах – NICU follow-up clinics [4, 5]. Деякі з них зосереджуються тільки на спостереженні за передчасно народженими дітьми, інші – за дітьми з певними захворюваннями (наприклад, бронхолегеневою дисплазією, постгеморагічною гідроцефалією тощо), але більшість підрозділів все ж таки займаються спостереженням за дітьми, які народились передчасно та/або хворими, особливо, якщо ці клініки є частинами науково-дослідних установ [6, 7].

Реалізація Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» потребує системного підходу до вирішення основного завдання – зменшення смертності, захворюваності, інвалідності ді-

тей та підвищення якості їх життя. В Україні відкриваються перинатальні центри, які оснащуються сучасним обладнанням, постійно проводяться тренінги для лікарів-неонатологів як у країні, так і за кордоном, розробляються та впроваджуються клінічні протоколи. У той же час, організація спостереження за дітьми, які лікувались у ВІТН, не відповідає світовим стандартам. Це зумовлено декількома причинами: відсутністю нормативної бази, яка регламентує роботу відповідних підрозділів, відсутністю клінічних протоколів, в яких описано алгоритми спостереження за хворими дітьми від 0 до 3 років, а також недостатнім рівнем підготовки педіатрів і сімейних лікарів, тому що існуючі програми їх навчання мають обмежену кількість годин із зазначених питань. В Україні система катamnестичного спостереження за передчасно народженими дітьми тільки починає створюватися, тому виникає цілий ряд проблемних питань при її організації. Створювати монодисциплінарний кабінет чи мультидисциплінарний центр? На базі якого лікувального закладу? Відкривати окремий структурний підрозділ чи в складі іншого? Створювати один в області чи декілька; тільки у закладах III рівня, чи й у закладах II рівня? В одній структурі з реабілітаційним центром чи окремій?

У Полтавській області було обрано мультидисциплінарну модель комплексного спостереження за дітьми, які народились передчасно та/або хворими. У квітні 2012 року на базі відділення інтенсивного виходження та реабілітації новонароджених Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні був створений Центр розвитку дитини. Сумісно зі співробітниками кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (зав.

каф. проф. Похилько В.І.) було визначено три основні стратегічні завдання Центру:

- Підвищення якості надання медичної допомоги новонародженим шляхом налагодження зворотного зв'язку з акушерськими стаціонарами та аналізу ранніх і віддалених результатів лікування новонароджених.

- Попередження розвитку інвалідизуючих захворювань або мінімізація їх проявів шляхом запровадження системи раннього втручання та катamnестичного спостереження за новонародженими дітьми, які народились передчасно та/або хворими.

- Ефективне використання наявних ресурсів системи охорони здоров'я області шляхом інтеграції Центру в існуючу мережу закладів МОЗ й інших відомств та налагодження логістики між ними.

Досвід розвинених країн світу показує, що оцінювання передчасно народжених дітей та доношених дітей зі складними станами вимагає участі кількох медичних фахівців, спеціалістів реабілітаційних, психологічних і соціальних служб, а також багатогранного лабораторно-інструментального обстеження [8, 9]. Тому для надання допомоги дітям з групи ризику було виділено штати спеціалістів із визначенням функцій кожного з них (1,5 ст. педіатра, 1,0 ст. невролога, 1,0 ст. окуліста, 1,5 ст. психолога, 1,0 ст. логопеда, 0,5 ст. психотерапевта, 3,0 ст. фізичного реабілітолога, медичної сестри з ЛФК, 2,0 ст. медичної сестри, 1 ст. молодшого реєстратора та 1,0 ст. молодшої медичної сестри) та відповідні площі для їх роботи (кабінет педіатра та психолога, 2 кабінети для абілітаційно-реабілітаційних занять, кабінет для інструментального обстеження (УЗД, ЕЕГ, ЕКГ, спірографії), організаційно-методичний кабінет, кімната очікування та реєстратура).

Для забезпечення реалізації першого стратегічного завдання – підвищення якості надання медичної допомоги новонародженим – налагоджено зворотній зв'язок Центру з акушерськими стаціонарами області та розпочато аналіз ранніх і віддалених результатів лікування. Зокрема запроваджено єдиний електронний реєстр пацієнтів ВІТН, сформовано базу даних пацієнтів, які направляються у Центр розвитку, забезпечено наступність між акушерськими стаціонарами та Центром шляхом попереднього запису дітей на прийом до лікаря, ще перед випискою (на руки матері видається спеціальна картка). У подальшому планується аналізувати віддалені результати

лікування, доповідати їх на обласних конференціях та порівнювати між різними акушерськими закладами. Безперечно, проведення такого аналізу неможливе без застосування сучасних комп'ютерно-інформаційних технологій. У щоденній роботі центра застосовується електронний програмний комплекс «DORADO», який дозволяє аналізувати віддалені результати лікування, планувати роботу спеціалістів та запроваджувати протоколи спостереження і лікування. Вважаємо, що імплементація I стратегічного завдання надасть можливість моніторувати важливі індикатори якості надання медичної допомоги новонародженим, частоту окремих станів (наприклад ВШК, ретинопатії тощо) серед новонароджених, змінювати лікувально-діагностичні тактики в окремому підрозділі, а узагальнені щорічні дані можуть стати підставою для раціональної організації перинатальної допомоги в області, а також для розрахунку потреб лікувальних закладів, які надають медичну допомогу новонародженим, у медикаментах, засобах медичного призначення та обладнанні.

Виконання II стратегічного завдання – попередження розвитку інвалідизуючих захворювань або мінімізація їх проявів шляхом запровадження системи раннього втручання та катamnестичного спостереження за новонародженими дітьми, які народились передчасно та/або хворими – потребувало запровадження комплексу медичних, психологічних, абілітаційно-реабілітаційних, педагогічних та соціальних заходів. Перш за все було визначено напрями роботи Центру (рис.1) та чіткі показання для спостереження дітей (рис.2). При розробці індивідуальної програми спостереження за дитиною застосовується командний підхід, коли усі члени команди (різні спеціалісти) висловлюють свою думку, а лікар, який повинен мати широке коло знань з неонатології, педіатрії, раннього втручання, стає її координатором. Такий підхід дозволяє мінімізувати поліпрагмазію та виключає призначення розбіжних рекомендацій різними спеціалістами.

Зважаючи на потреби дітей у проведенні різних абілітаційно-реабілітаційних програм, було розроблено такі форми роботи Центру: а) амбулаторну – для проведення періодичних оглядів немовлят; б) курсову амбулаторну – для проведення індивідуальних щоденних занять дітей з різними спеціалістами у режимі періодичних курсів; в)

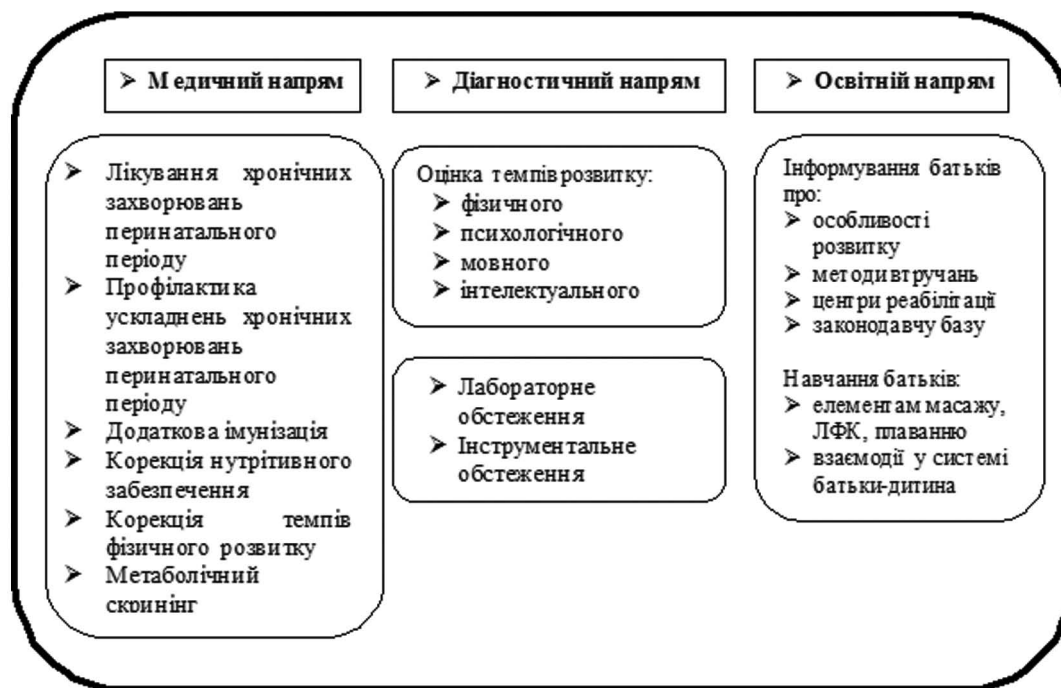


Рис.1. Основні напрями роботи Центру розвитку дитини

- Маса при народженні менша за 1800 г і гестаційний вік менший за 35 тижнів
- Маса (менша за 3 перцентиль) або з велика (більша за 97 перцентиль) маса до гестаційного віку
- Перинатальна асфіксія (3і менше балів за шкалою Апгар) на 5 хвилині і/або гіпоксично-ішемічна енцефалопатія II-III ст.
- Неонатальні судоми в анамнезі
- Інфекції перинатального періоду (сепсис, менінгіт, пневмонія)
- Шокові стани, які потребували застосування інотропної підтримки
- Хронічна легенева хвороба
- Внутрішньошлуночкові геморагії (III-IV ст) і перивентрикулярна лейкомаляція
- Хірургічні втручання в анамнезі (атрезія стравоходу, діафрагмальна кіла тощо)
- Дитина з двійні у випадку, коли одна дитина загинула внутрішньоутробно
- Діти після внутрішньоутробної фето-фетальної трансфузії
- Діти, яким проводилось замінне переливання крові або з гіпербілірубінемією більшою за 320 мкмоль / л
- Діти, яким проводилась ШВЛ більше за 24 години
- Діти з метаболічними проблемами - симптоматичною гіперглікемією і гіпокальціємією

Рис.2. Показання до спостереження у Центрі розвитку

курсів стаціонарну – для проведення щоденних занять іногородніх пацієнтів з різними спеціалістами; г) групові заняття з визначеної тематики, які проходять 1–2 рази на тиждень. Але досвід роботи виявив цілий ряд проблем, які стосуються насамперед форм роботи Центру через відсутність відповідних регламентуючих документів. Зокрема, як часто дитина повинна оглядатись педіатром? Яка тривалість огляду? Як часто дитина повинна оглядатись спеціалістами? Важко було передбачити і кількість пацієнтів, які будуть спостерігатись у Центрі. Перші 1,5 роки роботи засвідчили їх значно більшу кількість, ніж очікувалось. Так, за цей час, на облік

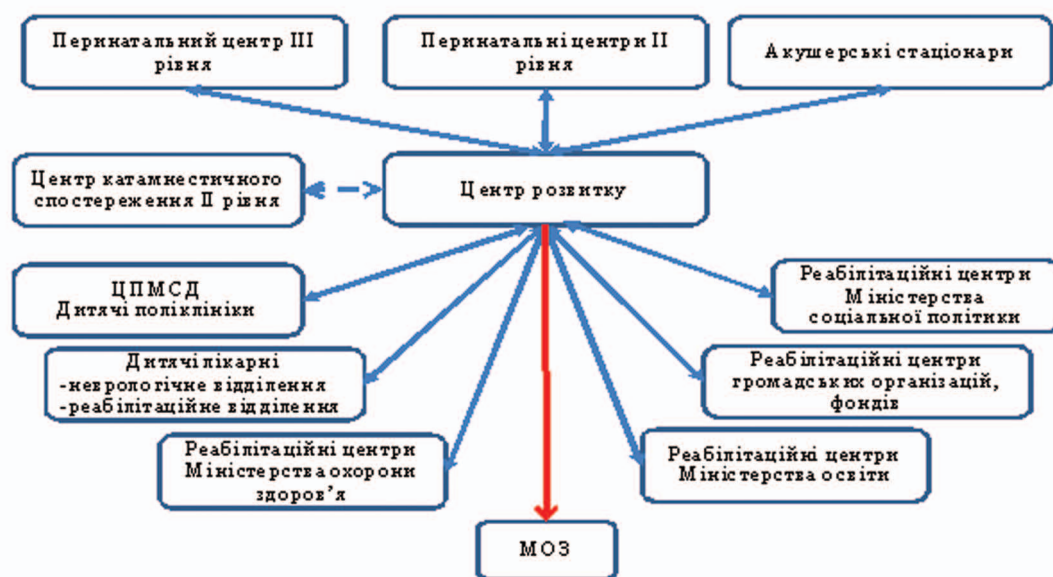
взято 832 дитини, серед яких 526 передчасно народжені. При цьому, від 0 до 12 місяців спостерігається 351 дитина, з 1 року до 2 років – 359 (біля 2,5% немовлят від кількості народжених в області щорічно) та від 2 років до 3 років – 122 дитини. Вважаємо, що в подальшому кількість таких дітей буде збільшуватись внаслідок відпрацювання більш чіткого механізму взяття немовлят на облік та підвищення їх виживання через реорганізацію перинатальної служби в області.

Іншою проблемою є відсутність уніфікованих шкал для оцінювання розвитку дітей, досвіду та відповідної інформації з впровадження системи раннього втручання, – сис-

теми, яка довела свою ефективність у зниженні інвалідизуючої патології в багатьох розвинених країнах. Раннє втручання – це система, яка передбачає допомогу не тільки дітям раннього віку з порушеннями розвитку чи ризиком їх виникнення, а і сім'ям шляхом створення умов для розвитку емоційного, соціального та інтелектуального потенціалу дитини, формування у неї позитивних особистісних якостей, компенсації первинних порушень та корекції вторинних порушень розвитку. У Центрі використовуються лише окремі методи стимуляції та корекції раннього розвитку: метод сенсорної інтеграції;

кондуктивна педагогіка (методика Андреса Петью); метод Глена Домана та музикотерапія, проте єдину комплексну систему раннього втручання не запроваджено.

У багатогранній роботі Центру важливе місце повинна займати інтеграція зі службами, які також надають відповідні реабілітаційні та соціальні послуги. Тому наступним важливим завданням в області є створення інтегровано-логістичної моделі системи комплексного спостереження за дітьми, які народились передчасно або хворими, з керівною роллю Центру розвитку. Як представлено на рис.3.



**Рис.3. Інтегровано-логістична модель системи комплексного спостереження за дітьми, які народились передчасно або хворими, у Полтавській області**

Центр повинен мати прямий та зворотній зв'язок з акушерськими стаціонарами, зі структурними підрозділами первинного рівня (центрами первинної медико-санітарної допомоги, дитячими поліклініками) та вторинного рівня (обласна та міські дитячі лікарні) надання медичної допомоги. При неможливості надання відповідних послуг лікарі Центру повинні направити дитину в реабілітаційні заклади МОЗ або у подібні установи інших відомств. Дискусійним залишається питання щодо доцільності створення кабінетів катamnестичного спостереження у закладах II рівня. Але, як показує наш досвід, значна кількість сімей не в змозі приїхати у обласний центр для консультування та проведення реабілітаційних курсів, тому, на нашу думку, потрібно створювати міжрайонні кабінети, метою яких повинно стати оцінювання розвитку дитини за уні-

фікованими шкалами та подальше скеровування її у заклади вищого рівня та/або реабілітаційні центри за потреби. Вважаємо за доцільне запровадити в області навчання сімейних лікарів із зазначених питань, оскільки в умовах реформування системи охорони здоров'я України саме сімейний лікар буде спостерігати таку дитину та найбільш часто спілкуватися з родиною. Тому сімейних лікарів потрібно навчити користуватися простими уніфікованими шкалами оцінювання розвитку немовлят, виявляти основні ознаки порушень та знати показання до направлення дітей у спеціалізовані кабінети і центри. Першим кроком у цьому напрямі в області стало розроблення для дільничних педіатрів локальних протоколів диспансерного догляду за передчасно народженою дитиною з бронхолегеневою дисплазією, анемією, остеопенією, порушеннями росту та дисфунк-

ціями шлунково-кишкового тракту.

Важливою функцією Центру може стати його звітування МОЗ, зокрема:

а) з кількості передчасно народжених дітей в області, що допоможе створити Національний реєстр немовлят з дуже малою масою при народженні;

б) з ранніх та віддалених результатів лікування у ВІТН, що дозволить на національному рівні розробляти відповідні клінічні протоколи та запроваджувати їх в лікувально-діагностичний процес;

в) з потреби області у медикаментах, засобах медичного призначення та обладнанні, що дозволить проводити економічні розрахунки для їх державної закупівлі.

### Література

1. Trends in mortality and morbidity for very low birth weight infants, 1991–1999 / J.D. Horbar, G.J. Badger, J.H. Carpenter [et al.] // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 110. – P. 143–151.
2. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants / M. Hack, D.J. Flannery, M. Schluchter et al // *N. Engl. J. Med.* – 2002. – Vol. 346(3). – P. 149–157.
3. Saigal S. Self-perceived health-related quality of life of former extremely low birth weight infants at young adulthood / S. Saigal, B. Stoskopf, J. Pinelli et al // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. ;118(3). – P. 1140–1148.
4. Vohr B.R. Neonatal follow-up programs in the new millennium / B.R. Vohr // *NeoReviews*. – 2001. – Vol. 2. – P. 241–248.
5. Sauve R. Neonatal follow-up programs and follow-up studies: Historical and current perspectives / R. Sauve, S.K. Lee // *Paediatr. Child. Health*. – 2006. – Vol. 11(5). – P. 267–270.
6. O'Shea M. Changing characteristics of neonatal follow-up studies. / M. O'Shea // *NeoReviews*. – 2001. – Vol. 2. – P. 249–256.
7. Wright L.L. The role of follow-up in randomized controlled trials / L.L.Wright // *NeoReviews*. – 2001. – Vol. 2. – P. 257–266.
8. Saigal S. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood // S. Saigal, L.W.Doyle // *Lancet*. – 2008. – VOL. 371(9608). – P. 261–269.
9. Community supports after surviving extremely low-birth-weight, extremely preterm birth: special outpatient services in early childhood / S.R. Hintz, D.E. Kendrick, B.R. Vohr et al // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2008. – Vol. 162(8). – P. 748–755.

### ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ, РОДИВШИМИСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО И/ИЛИ БОЛЬНЫМИ, В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

*В.П. Лысак*

Департамент здравоохранения Полтавской  
областной государственной администрации  
(г. Полтава, Украина)

**Резюме.** В статье представлен опыт организации и модель системы комплексного наблюдения за детьми, родившимися больными и/или преждевременно, в Полтавской области. Освещены основные стратегические задачи Центра, его структура, штаты, направления и формы работы, а также показания для наблюдения. Продемонстрированы проблемные и дискуссионные вопросы, касающиеся организации комплексного наблюдения за такими детьми.

**Ключевые слова:** катамнестическое наблюдение, преждевременно рожденные дети, новорожденные, организация.

### Висновки

1. Центр розвитку дитини, який створено на базі Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні, є прикладом запровадження мультидисциплінарної моделі спостереження за усіма дітьми, які народились хворими та/або передчасно, при якій комплексне оцінювання розвитку немовлят та нагляд за ними проводиться упродовж 3 років життя.

2. Центри/кабінети катамнестичного спостереження потрібно інтегрувати в існуючу мережу реабілітаційних закладів системи МОЗ та інших відомств.

3. Відкриття Центрів/кабінетів катамнестичного спостереження дозволить створити Національний реєстр пацієнтів, які народились з вагою, нижчою за 1500 г.

### EXPERIENCE OF COMPREHENSIVE SUPERVISION OF PREMATURE BABIES AND/OR SICK INFANTS, WHO WERE BORN IN POLTAVA REGION

*V.P. Lysak*

Health protection department of Poltava regional  
state administration  
(Poltava, Ukraine)

**Summary.** This article presents the experience of organization and the model of system of comprehensive supervision of premature born and/or sick babies/infants, who were born in Poltava region. Main strategic tasks of the Centre, its structure, staff, directions and forms of work and also indications for supervision are covered in the article. Problematic and controversial issues relating to the organization of comprehensive supervision of such babies are demonstrated.

**Keywords:** follow-up studies, premature babies, newborns, organization.