

## НОВІ ПРІОРИТЕТИ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДИТЯЧОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ м. ПОЛТАВИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

\*Дитяча міська клінічна лікарня (м. Полтава)

**Вступ.** Всесвітня Організація охорони здоров'я в програмному документі «Здоров'я – 21 – здоров'я для всіх у 21-му столітті», визначає основним напрямом стратегії досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні. Одним із завдань цього документу є здоровий початок життя, що передбачає, покращення стану здоров'я новонароджених, дітей молодшого і дошкільного віку в регіоні до 2020 року [1].

Охорона материнства та дитинства є одним з пріоритетних напрямів державної політики більшості країн світу. Для успішної реалізації цієї стратегії в Україні розроблена потужна нормативно – правова база, яка передбачає удосконалення організації та діяльності неонатальної служби, але незважаючи на досягнуті успіхи у вирішенні питань охорони материнства та дитинства показники неонатальної та малюкової смертності залишаються вдвічі вищими за показники країн Євросоюзу [2].

Стрімкий розвиток неонатології упродовж останніх десятиліть ознаменувався впровадженням в практичну медицину досягнень сучасної науки, використанням високо технологічного обладнання, розробленого відповідно до потреб новонароджених, проведенням науково обґрунтованої інтенсивної терапії. Розроблені та впроваджуються в практику нові репродуктивні технології, досягнення медичної генетики, сучасні методи лабораторної та інструментальної діагностики. Стало можливим виходжування передчасно народжених дітей з екстремально малою масою тіла, проведення оперативних втручань в неонатальному віці та, навіть, внутрішньоутробному періоді. Все це призвело не тільки до зміни контингенту пацієнтів неонатальних відділень, але також до накопичення певних проблем, пов'язаних з якістю життя таких пацієнтів, що вимагає застосування нових принципів їх медичного супроводу [10].

Суттєвим кроком у покращенні якості надання перинатальною допомогою стало впровадження з 2010 року Національного проекту «Нове життя. Нова якість охорони материнства і дитинства». Концепція реалізації проекту спрямована на забезпечення якісною і доступною висококваліфікованою медичною допомогою матерів та новонароджених, створення умов для сталого демографічного та

соціально-економічного розвитку країни шляхом організації мережі регіональних перинатальних центрів 3 рівня, які забезпечені сучасним обладнанням кваліфікованими кадрами, умовами для впровадження інноваційних технологій [3].

Упродовж останніх десятиріч в неонатальній практиці відбулася кардинальна заміна стандартів лікування, виходжування та реабілітації дітей з перинатальною патологією [4, 9]. Створено уніфіковані державні та регіональні протоколи надання допомоги різним групам новонароджених.

Однією з важливих ланок процесу успішного лікування дитини з перинатальною патологією є пересмислення ролі батьків та близьких новонародженого. В більшості країн, які тривалий час працюють за критеріями ВООЗ, розроблено та впроваджено національні медико-етичні принципи надання допомоги критично хворим дітям, засновані на рішенні професійних асоціацій або державних наказах. Зміна стандартів роботи з батьками з впровадженням інтерпретаційної моделі відношень та консультуванням, навчання персоналу етичним основам неонатології дозволять ефективно реорганізувати роботу відділень новонароджених [4, 8].

Впровадження основних положень Національного проекту «Нове життя. Нова якість охорони материнства і дитинства» надало змогу впродовж 2011-2013 рр. розпочати в Україні роботу перших 11 з 27 перинатальних центрів.

Полтавський обласний перинатальний центр було відкрито у грудні 2012 року. Він став восьмим перинатальним центром, відкритим в Україні. Полтавський обласний перинатальний центр є закладом III рівня надання медичної допомоги, він створений на базі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. Скліфосовського. Заклад побудований за технологіями, які відповідають сучасним міжнародним стандартам та вимогам, обладнаний сучасною апаратурою, новітніми технологіями по допомозі породіллям та виходжуванню передчасно народжених дітей [5,6].

У складі Центру функціонують відділення інтенсивної терапії новонароджених, відділення постінтенсивного спостереження.

Починаючи з 2009 р. в Полтавській обласній дитячій клінічній лікарні розпочало роботу відділення



Рис. 1. Спільне перебування з дитиною матері та батька.

інтенсивного виходжування та реабілітації новонароджених. До цього часу допомогу всім контингентам хворих новонароджених у місті та області здійснювало відділення передчасно народжених та патології новонароджених Дитячої міської клінічної лікарні (ДМКЛ) м. Полтави.

**Метою дослідження** було визначити пріоритетні напрямки роботи відділення патології новонароджених дитячої міської лікарні в умовах реформування Охорони здоров'я на Полтавщині.

**Об'єкт і методи дослідження.** Нами було проаналізовано показники роботи відділення патології новонароджених ДМКЛ та структуру захворюваності пацієнтів відділення в динаміці за період 2004-2013рр. Дані досліджень опрацьовано методами математичної статистики. Аналіз даних проведено за допомогою програми EXCELL XP.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Відділення патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави було засновано в 1977 році та розраховано на 30 ліжок новонароджених. За час існування у відділенні отримали лікування понад 17000 новонароджених. Починаючи з 2000 року у відділенні введено спільне перебування матері та дитини. Психічне здоров'я батьків, характер їх взаємовідносин з новонародженим з перших днів життя визначає стан його психічного розвитку та здоров'я. Мати та новонароджений є цілісною біопсихосоціальною системою, в зв'язку з чим обстеження та лікування дитини можливі лише в постійній присутності матері. Проведені нами дослідження показали, що жінка в цей час вимагає в зв'язку із високим фізичним та нервово-психічним навантаженням постійної підтримки близьких [7].

Зміна стандартів роботи з батьками, забезпечення догляду, орієнтованого на дитину та родину, гуманізація напрямків інтенсивної неонатології дозволяє нам вирішити низку неоднозначних питань щодо виходжування хворих новонароджених. Враховуючи вищезазначене, у відділенні створені умови для постійного перебування разом з дитиною



Рис. 2. Спільний догляд за дитиною матері та інших членів родини.

не тільки матері (96,9%), а й інших членів родини (понад 40%) за їх бажанням (рис. 1, 2).

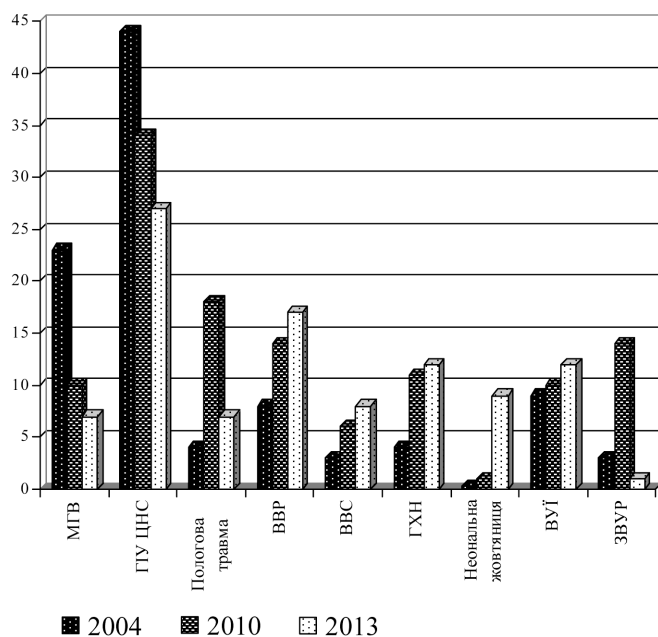
Відділення повністю укомплектоване досвідченим лікарським та середнім медичним персоналом. Усі лікарі мають вищу або першу лікарську кваліфікаційну категорію за фахом. 78,2% середнього медичного персоналу атестовано на вищу категорію. Регулярно проводяться різні форми безперервної післядипломної освіти персоналу, тренінги з оказання невідкладної допомоги та ін. Консультативно-лікувальну допомогу постійно надають співробітники кафедри педіатрії №1 Української медичної стоматологічної академії.

Враховуючи функціонування відділення у складі багатопрофільної дитячої лікарні, лікарі відділення тісно співпрацюють з фахівцями іншого профілю, що дозволяє своєчасно отримати консультацію та скорегувати обстеження та лікування пацієнтів. Наявні також можливості широкого застосування різних форм фізіотерапії з метою раннього початку реабілітації новонароджених з перинатальною патологією.

Упродовж останнього десятиріччя на тлі початку функціонування відділення інтенсивного виходжування передчасно народжених Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні (ПОДКЛ) та перинатального центру структура захворюваності дітей, які перебували на лікуванні у відділення патології новонароджених ДМКЛ зазнала певних змін (рис. 3).

Упродовж 2004 – 2006 рр. у відділенні перебували на лікуванні 1583 новонароджених, з них близько 30% становили передчасно народжені. Впродовж 2011 – 2013рр. у відділенні отримали лікувальну допомогу 1458 пацієнтів, частка передчасно народжених становила лише 18,4%. Частота переведення до відділення дітей з малим гестаційним віком значно зменшилася. Такі діти виходжуються та проходять первинну реабілітацію безпосередньо у перинатальному центрі, або у відділенні інтенсивного виходжування та реабілітації новонароджених ПОДКЛ.

В структурі захворюваності пацієнтів на переважає гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, разом з



**Рис. 3.** Динаміка структури захворюваності пацієнтів відділення 2004-2013 рр.

тим, загальна кількість пацієнтів з ураженням ЦНС, переведених з пологових стаціонарів та перинатального центру новонароджених, зменшилася більш ніж в 1,5 рази (від 44,4% у 2004р. до 26,7% у 2013р. ). Переведені діти мають на даний час більш тяжкі форми ураження, що потребує їх більш тривалого лікування у відділенні, та проведення повторних курсів реабілітації.

Відсоток дітей з пологовими травмами також збільшився від 4,3% випадків у 2004р. до 15,4% у 2013р. , при цьому майже 80,6% з них становлять пологові паралічі Ерба-Дюшена.

В структурі захворюваності значно збільшилася доля дітей з уродженою патологією, серед якої продовжують переважати вроджені вади серця (43,5% у 2004р. , та 40,2% у 2013р. ). Однак, слід зазначити, що значно менша кількість дітей, особливо з пологових стаціонарів районних центрів, переводиться в останні роки з «легкими вадами», такі діти проходять обстеження та знаходяться під наглядом фахівців переважно амбулаторно. До нашого відділення 2013році було переведено 5 новонароджених, які потребували докладного обстеження та невідкладного оперативного втручання, і дві новонароджені дитини з некурабельними вродженими вадами серця, які перебували у відділенні до стабілізації стану, що збільшило середню тривалість перебування на ліжку цього контингенту хворих у порівнянні з попередніми роками з 13,6 до 18,4 ліжко-днів.

Новонароджені з вродженими вадами шлунково-кишкового тракту мають змогу отримати оперативне лікування безпосередньо в умовах ДМКЛ. Заслужує уваги започаткована та удосконалена практика спостереження та реабілітації «хірург- неонатолог» дітей з прооперованих з приводу вроджених аномалій розвитку ШКТ. Після проведення складних оперативних втручань такі діти за умов стабілізації стану переводяться до відділення патології новонароджених, де наявна можливість ізоляції дитини та одночасної корекції інтеркурентних станів перинатального періоду.

Такі новонароджені знаходяться під наглядом одночасно хірурга та неонатолога, завдяки чому досягається більш швидке поліпшення стану дитини та навчання родини елементам догляду.

Аналогічні умови створюються також для дітей з прогресуючими формами гідроцефалії, які отримують у відділенні патології новонароджених обстеження, передопераційну підготовку та постопераційну реабілітацію.

Привертає увагу збільшення в структурі захворюваності частки пацієнтів з вродженими хворобами обміну речовин: упродовж 2013р. у відділенні перебувало 8 дітей з адреногенітальним синдромом, 2 дитини з муковісцидозом та 1 – з гіпотиреозом, у 2004-2007рр. не спостерігалось жодного випадку таких захворювань. На нашу думку, це пов'язано, в першу чергу, з кращою обізнаністю дільничних педіатрів, які мають можливість в більш ранні терміни направляти дітей з відповідними симптомами на обстеження у відділення, де відсутні пацієнти з гострою інфекційною патологією.

Майже вдвічі збільшився відсоток дітей з ГХН, що відповідає загальній тенденції поширення цього захворювання, але завдяки проведенню лікування таких пацієнтів у відповідності до протоколу ведення новонароджених з неонатальними жовтяницями дозволило скоротити тривалість їх перебування в стаціонарі.

Збільшення більш ніж в 20 разів частки дітей з кон'югаційними жовтяницями пояснюється, головним чином, тим, що з 2013 року до відділення поступають такі діти не тільки з пологових стаціонарів, але й за направленням поліклінічних відділень. Поява значної кількості таких дітей на педіатричних дільницях, обумовлена існуючою на даний час практикою ранньої виписки з пологових стаціонарів, коли не завжди є можливість прогнозування тривалої жовтяниці. Разом з тим, у лікарів амбулаторно-поліклінічної служби у більшості випадків відсутня можливість повного своєчасного амбулаторного обстеження цього контингенту новонароджених. Іншою проблемою є відсутність можливості проведення новонародженому з неонатальною жовтяницею фототерапії в домашніх умовах.

Частка пацієнтів з внутрішньоутробними інфекціями зросла від 9,3% в 2004р. до 16,4% в 2013р. , що, деякою мірою, пояснюється застосуванням більш досконалих методів діагностики. Раціональне використання антибактеріальної терапії та застосування специфічних імуноглобулінів дозволило оптимізувати лікування таких хворих та скоротити час їх перебування в стаціонарі (до 16,4 ліжко – днів в 2013р. , проти 19,8 ліжко-днів у 2004р. ).

### **Висновки.**

1. В умовах реформування галузі охорони здоров'я з'явилася можливість оптимізація

лікування та реабілітації новонароджених з перинатальною патологією, та завдяки цьому, більш раціонального використання ліжкового фонду лікарні.

2. У відділенні патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави наявні санітарно-гігієнічні, психосоціальні та фінансово-економічні можливості для госпіталізації всіх дітей до 3-х місячного віку з неінфекційною патологією, що дозволить уникнути їх контакту з іншими контингентами пацієнтів, оптимізувати проведення їх обстеження та лікування.

3. Доцільно, враховуючи наявну лікувально-діагностичну базу ДМКЛ, проводити у відділенні

патології новонароджених повторні курси реабілітації дітей з наслідками перинатального ураження ЦНС.

4. Враховуючи міжнародні стандарти забезпечення догляду, орієнтованого на дитину та родину, гуманізації напрямків інтенсивної неонатології, необхідно ввести в штат відділення патології новонароджених штатні посади психолога та реабілітолога.

**Перспективи подальших досліджень.** Необхідно продовжити моніторинг структури захворюваності пацієнтів відділення патології новонароджених в нових умовах з метою розробки науково обґрунтованих інновацій у лікуванні хворих новонароджених та психологічної підтримки родини.

### Література

1. Європейська база даних «Здоров'я для всіх». – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad?language-Russian>
2. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» до 2016 року».
3. Знаменська Т. К. Концептуальні підходи до забезпечення якості та безпеки медичної допомоги новонародженим / Т. К. Знаменська, О. М. Ковальова, В. І. Похилько [та ін.] // Перинатологія і педіатрія. – 2013. – № 4 (56). – С. 6 – 10.
4. Знаменская Т. К. Психологические аспекты взаимодействия медицинского персонала при оказании специализированной помощи / Т. К. Знаменская, Е. В. Зброжик // Перинатологія і педіатрія. – 2010. – № 4 (44). – С. 92-94.
5. Ковальова О. М. Організація допомоги новонародженим у Полтавській області в умовах реформування галузі охорони здоров'я України / О. М. Ковальова, В. І. Похилько, Н. В. Кінаш [та ін.] // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. 2, № 2 (4). – С. 10-13.
6. Лисак В. П. Досвід комплексного спостереження за дітьми, які народилися передчасно та/або хворими, у Полтавській області / В. П. Лисак // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2013. – Т. 3, № 3 (9). – С. 14-19.
7. Мизгіна Т. І. Досвід спільного перебування матері та дитини у відділенні патології новонароджених з іншими членами родини / Т. І. Мизгіна, Л. С. Зюзіна, О. А. Щербань [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 3, Т. 2. – С. 86 – 88.
8. Пушкарева Т. Н. Актуальные вопросы перинатальной психосоматики и психотерапии / Т. Н. Пушкарева // Перинатологія і педіатрія. – 2010. – № 4 (44). – С. 83-84.
9. Шунько Є. Є. Досвід роботи відділення інтенсивної терапії новонароджених перинатального центру м. Києва / Є. Є. Шунько, В. М. Тишкевич, О. О. Костюк [та ін.] // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2013. – Т. 3, № 3 (9). – С. 5-13.
10. Acolet D. Quality of neonatal care and outcome / D. Acolet // Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed. – 2008. – Vol. 93. – P. 169 – 173.

УДК 616-053.31

### НОВІ ПРІОРИТЕТИ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДИТЯЧОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ м. ПОЛТАВИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Мизгіна Т. І. , Зюзіна Л. С. , Савченко Л. П. , Щербань О. А. , Горячевська Т. М.

**Резюме.** В статті відображені дані аналізу структури захворюваності пацієнтів відділення патології новонароджених дитячої міської лікарні в умовах реорганізації галузі охорони здоров'я в Полтавській області. Виявлено, що упродовж останнього десятиліття структура захворюваності новонароджених у відділенні змінилася. У 2010 -2013 рр. у порівнянні з 2004 -2006 рр. частка недоношених дітей зменшилась з 44,4% до 18,4%. Серед дітей с гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС збільшилась кількість пацієнтів з важкими формами. Підвищився відсоток дітей з уродженою патологією, в тому числі, з уродженою патологією обміну речовин. У 20 разів збільшилась частка пацієнтів з неонатальними жовтяницями. Все це вимагає переосмислення стандартів оказання медичної та психологічної допомоги пацієнтам відділення. Таким чином встановлено, що в умовах реорганізації галузі охорони здоров'я з'явилися нові можливості оптимізації лікування та реабілітації новонароджених з перинатальною патологією шляхом зміни пріоритетів відділення патології новонароджених щодо надання допомоги вищезазначеним контингентам хворих та, завдяки цьому, більш раціонального використання фонду ліжок лікарні.

**Ключові слова:** новонароджені, перинатальна патологія, оптимізація надання допомоги, реформування галузі охорони здоров'я.

УДК 616-053. 31

### **НОВЫЕ ПРИОРИТЕТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. ПОЛТАВЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

**Мызгина Т. И. , Зюзина Л. С. , Савченко Л. П. , Щербань Е. А. , Горячевская Т. Н.**

**Резюме.** В статье отображены данные анализа структуры заболеваемости пациентов отделения патологии детской городской больницы в условиях реформирования отрасли здравоохранения в Полтавской области. Выявлено, что на протяжении последнего десятилетия структура заболеваемости новорожденных в отделении несколько изменилась. В 2010 -2013гг. по сравнению с 2004 -2006гг. доля недоношенных детей уменьшилась с 44,4 % до 18,4%. Среди детей с гипоксическо–ишемическим поражением ЦНС увеличилось число пациентов с тяжелыми формами. Повысился процент детей с врожденной патологией, в том числе, с врожденной патологией обмена веществ. В 20 раз увеличилась доля пациентов с неонатальными желтухами. Все это требует переосмысления стандартов оказания медицинской и психологической помощи пациентам отделения. Таким образом, установлено, что в условиях реформирования отрасли охраны здоровья появились новые возможности для оптимизации лечения и реабилитации новорожденных с перинатальной патологией путем переориентации отделения патологии новорожденных на оказание помощи вышеуказанным контингентам больных, и, благодаря этому, более рационального использования коечного фонда больницы.

**Ключевые слова:** новорожденные, перинатальная патология, оптимизация оказания помощи, реформирование отрасли охраны здоровья.

UDC 616-053. 31

### **New Priorities of Neonatal Pathology Department of Poltava Children's Municipal Clinical Hospital during a Change of Health Protection**

**Myzhina T. I. , Zyuzina L. S. , Savchenko L. P. , Scherban' E. A. , Horyachevskaya T. N.**

**Abstract.** Maternal and child health protection is one of priority direction of the state policy in most countries of the world. Regulatory and legal framework is developed in Ukraine which has a purpose to improve medical aid to newborn infants. A national project "New life. New quality of motherhood and childhood protection" is a fundamental result in order to improve the quality of prenatal aid beginning in 2010. Regional prenatal center was opened in Poltava region in 2012. It caused not only a change of patient population of neonatal pathology department, but also rethinking of the first aid standards.

Neonatal pathology department of Poltava children's municipal clinical hospital gives medical aid to newborns from 1977. Beginning in 2000 a rooming-in regimen, indications for permanent hospital stay were developed. A department functions as general hospital that allows doctors to consult patients timely and use different types of physiotherapy.

During the last decade a structure of newborns' morbidity at our department has changed. In 2010-2013 in comparison with 2004 -2006 number of immature infants decreased (from 44, 4% to 18, 4%). Morbidity structure contains hypoxic-ischemic central nervous system, number of children with serious complications decreased, who need long-lasting course of treatment. Nowadays congenital pathology, especially serious congenital cardiac failures occupy one of the first places. Combined care practice of surgeon and neonatologist is developed at our department especially after surgeries of congenital pathology of gastrointestinal tract that can improve their treatment and the process of rehabilitation.

The same conditions for children with progressive form of hydrocephalus are developed.

The percent of congenital metabolism pathology (adrenogenital syndrome, hypothyroidism, mucoviscidosis) increased.

Practically number of patients who suffer from neonatal jaundice increased in twentyfold, it associates with the practice of an early dismissal from maternity home and an absence of phototherapy at outpatient departments.

So, there are new opportunities to optimize the course of treatment and rehabilitation of newborn children who have perinatal pathology by refocusing of neonatal pathology department in order to give the first aid to the mentioned number of patients and rational use of bedspace.

**Keywords:** newborns, perinatal pathology, assistance optimization, change of health protection.

*Рецензент – проф. Похилько В. І.*

*Стаття надійшла 21. 08. 2014 р.*