

УДК 616.8-053.32-08

ВОЗМОЖНОСТИ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

МИХАЙЛЁВА ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА

заведующий отделением специализированной помощи БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2»,
аспирант кафедры детских болезней медицинского института
БУ ВО «Сургутский государственный университет»

Аннотация: выявление, обсуждение и принятие решения об определении алгоритмов персонифицированного реабилитационного подхода при оказании помощи недоношенным детям чрезвычайно важно с позиций улучшения основных медико-демографических показателей. В статье рассматриваются вопросы организации оказания медицинской помощи семьям с недоношенными детьми в условиях поликлиники.

Ключевые слова: недоношенность, реабилитация, поликлиника, преемственность, персонифицированный подход.

THE POSSIBILITY OF STAGED REHABILITATION OF PREMATURE INFANTS IN A CLINIC

Mikhaylyeva Elena Anatolyevna

Abstract: the identification, discussion and decision making about the definition of algorithms of personalized rehabilitation approach in providing assistance to premature babies is extremely important in order to improve the basic health and demographic indicators. In the article the questions of organization of medical assistance to families with premature children in a clinic.

Key words: prematurity, rehabilitation, clinic, continuity, personalized approach.

В течение предшествующих пяти лет регистрируется повышение численности недоношенных детей, которые родились с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), с тяжелой полиорганной патологией. Такие дети являются пациентами амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства после первого реабилитационного этапа выхаживания в стационаре. Постнатальное развитие недоношенных детей предопределяет принципы организации многоэтапной реабилитации таких детей с привлечением специалистов различных специальностей. Учитывая возрастной диапазон обслуживаемых в детских поликлиниках детей, от 0 до 18 лет, представляется возможным длительное персонифицированное наблюдение за пациентом, а также когортное наблюдение, направленное на решение тех медико-социальных задач, которые ставит перед собой исследователь [1, с. 140-144].

Кроме того, появление в семье недоношенного ребенка является тяжелым психологическим стрессом для обоих родителей и других родственников, создаются предпосылки к повышению эмоциональных нагрузок, меняется психологический климат в семье и так далее. Следовательно, отделения медицинской реабилитации должны проводить работу с семьями недоношенного ребенка для того,

чтобы помочь им адаптироваться к новым условиям жизни [2, с. 1405-1410; 3, с. 320-325; 4, с. 11-16].

Таким образом, обеспечением дифференцированной и многопрофильной медико-психологической реабилитации недоношенных детей с заболеваниями нервной системы вполне может заниматься городская или районная поликлиника, в которой ребенок будет наблюдаться до 18 лет.

Многопрофильные медицинские учреждения, в том числе, оказывающие реабилитационную помощь детям, являются сложными социально-экономическими системами. Для организации их деятельности необходимы системная методологическая основа и комплекс современных медицинских и сопутствующих технологий, включающий блоки организационно-управленческой, социально-психолого-педагогической и интеллектуально-информационной поддержки [5, с. 98-104; 6, с. 76-80].

Превентивные мероприятия, направленные на снижение младенческой смертности, должны быть организованы в медицинских учреждениях, способных обеспечить недоношенных детей с серьезными заболеваниями, таким образом, чтобы своевременно и на высоком уровне предоставлять им и профилактическую, и реабилитационную помощь. Исторический интерес представляет описанная советскими акушерами-гинекологами модель работы детской больницы, организованной в Москве в 1971 году. Она сочетала в себе тандем деятельности акушерской и педиатрической службы. Многопрофильное учреждение включало в себя:

1. Консультативную поликлинику, осуществляющую соответствующий вид помощи (консультативный, в том числе, психологический) семье;

2. Родильный дом:

- отделение медицинских услуг для женщин с абортами в анамнезе;
- физиологическое и клиничко-акушерское отделение;
- отделение медицинского обслуживания недоношенных детей;
- реанимационное отделение для недоношенных детей;
- педиатрические учреждения для лечения недоношенных детей;
- учреждения для реабилитации детей с нарушениями центральной нервной системы.

Эта, новая в те времена и актуальная сегодня, форма специализированных медицинских услуг позволяет медицинскому учреждению разрабатывать эффективные стратегии мониторинга женщин с абортами в анамнезе (риск не вынашиваемости и преждевременных родов), бороться с преждевременными родами и заниматься лечением и реабилитацией недоношенных детей. Такая организация позволяет перенести недоношенных детей из родильного дома в реабилитационное отделение и обеспечивать их многоуровневое медицинское обслуживание в течение всего периода реабилитации [7, с. 60-61].

В настоящее время выделяют трехэтапную реабилитационную систему, которая функционирует не только в России [8, с. 21-27], но и на международном уровне [9, с. 287-295]. Эта система включает следующие этапы оказания медико-социальной помощи семьям, в которых ребенок родился преждевременно:

1. Перинатальный центр (родильный дом);

2. Амбулаторно-поликлинический этап предполагает дифференцированный контроль за физическим и нервно-психическим развитием, а также индивидуальные оздоровительные и закаливающие процедуры в зависимости от имеющихся отклонений в развитии [8, с. 21-27].

Моделирование катамнестического наблюдения детей раннего возраста, рожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), проходит на разных этапах оказания медико-социальной помощи и включает детские поликлиники, перинатальный центр и его структурные подразделения (консультативно-диагностический центр, кабинет катамнеза, отделение медицинской реабилитации), а также региональные и федеральные педиатрические и психоневрологические стационары, центры реабилитации [10, с. 113-116].

Не вызывает сомнения и у современных специалистов в области повышения качества реабилитационной амбулаторной помощи недоношенным, что территориальная близость родильных и реанимационных неонатологических учреждений способствует раннему вмешательству и в дальнейшем снижает риск тяжелых осложнений заболеваний у таких детей. Кроме того, организация работы таких

детских и семейных учреждений определяет квалификацию не только врачей и организаторов здравоохранения, но и является индикатором повышения демографических показателей нации в целом. Преемственность в работе отделений интенсивной терапии новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ и последующих учреждений поликлинической помощи была доказана американскими исследователями. Согласно результатам этого наблюдения, до 28% детей с ОНМТ и ЭНМТ нуждаются не просто в рекомендательном, а в обязательном наблюдении в медицинских и неврологических учреждениях, осуществляющих свою деятельность на амбулаторно-клиническом этапе оказания медицинской помощи [9, с. 287-295].

После проведения первых двух этапов, комплексная информация о ребенке, включая эпикризы после стационарной реабилитации, консультативные осмотры специалистов и прочее, поступает в детскую поликлинику по месту фактического проживания семьи. Дети с ОНМТ и ЭНМТ, переводятся под наблюдение участкового педиатра после успешного завершения предшествующих двух этапов. Критериями перевода на третий этап являются нравственно-интеллектуальный уровень семьи в отношении способности и готовности обеспечить ребенка надлежащим уходом в домашних условиях, учитывается квалификационно-кадровая характеристика участка и определяется возможность поликлиники в оказании необходимой специализированной и лечебно-восстановительной помощи. При соблюдении и согласовании всех необходимых условий разрабатывается план по уходу на дому с учетом всех нерешенных ранее медицинских проблем в виде амбулаторного наблюдения детей первого года жизни, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ [11, с. 42-48].

Индивидуальная реабилитационно-диагностическая программа наблюдения за ребенком включает:

- определение прогноза состояния здоровья;
- скрининговое диагностическое прогнозирование (методы, сроки, частота обследования);
- составление календарного плана осмотров, в том числе в кабинете катamnестического наблюдения;
- маршрутизация ребенка;
- составление индивидуального календаря вакцинопрофилактики;
- консультативные приемы врачей-специалистов, логопеда, психолога (сроки, частота осмотров);
- терапия основной и сопутствующей патологии на основании рекомендаций врача-педиатра и врачей-специалистов;
- мероприятия медицинской реабилитации детей, определяющие клинко-экспертные вопросы;
- превентивные мероприятия, направленные на купирование риска нарушений здоровья, устранение и коррекцию факторов риска;
- планирование стационарного наблюдения или лечения, если есть необходимость [12, с. 53-56].

Считается, что более грамотным подходом в реанимации и жизнеобеспечении детей с ОНМТ и ЭНМТ является объединение усилий, в том числе неонатальной, перинатальной и акушерской помощи, с родственниками, которые постоянно находились в отделении реанимации новорожденных. Однако, с практической точки зрения такая идея трудно осуществима [2, с. 1405-1410].

Значимость выделения медико-реабилитационных ресурсов для недоношенных детей после выписки из отделения интенсивной терапии новорожденных была доказана и в другом исследовании. Дизайн исследования предусматривал оценку необходимости повторной госпитализации после включения долгосрочных реабилитационных программ. Показанием к повторной госпитализации были тяжелые нарушения центральной нервной системы и дыхательная недостаточность, обусловленная бронхолегочной дисплазией. Особое внимание следует уделить таким состояниям в анамнезе, как многоплодные роды, возраст матери старше 35 лет, социальный статус (одинокое родители), так как в описанных случаях, согласно результатам исследования, увеличивается вдвое необходимость амбулаторного медицинского обслуживания [3, с. 320-325; 13, с. 10-14].

Не вызывая противоречий, а резюмируя вышесказанное, деятельностью некоторых учреждений Российской Федерации является создание и внедрение «Службы раннего вмешательства» (СРВ, для реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела) [14]. В компетенцию СРВ включены следующие мероприятия, исполнение которых контролируется специаль-

ными подкомиссиями:

- разработка реабилитационной программы для детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела;
- регистрационно-учетная деятельность (регистр недоношенных детей), осуществляемая в отношении детей указанной категории;
- составление индивидуального, персонифицированного плана реабилитации для каждого ребенка с учетом нозологической специфики;
- организация работы дневного стационара для недоношенных детей;
- организация работы кабинета катамнеза на базе дневного стационара для недоношенных детей;
- мероприятия, направленные на организацию грудного вскармливания недоношенных детей (клуб «Школа грудного вскармливания»);
- модернизация кабинета здорового ребёнка с акцентуацией особенностей работы с недоношенными детьми;
- обеспечение доступности и непрерывности получения реабилитационной помощи;
- организация службы паллиативной помощи;
- повышение квалификации специалистов детской поликлиники по направлению работы с недоношенными детьми, включая межрегиональное взаимодействие с другими учреждениями подобной организации.

Качество жизни недоношенных детей, достигших годовалого возраста не зависит только лишь от акушерско-гинекологического анамнеза матери, наличия патологии ребенка и территориальной доступности медицинской помощи. Определяющее значение в этом имеет последующее индивидуализированное катамнестическое амбулаторное наблюдение в медицинском учреждении [15, с. 92].

Таким образом, организация мульти-дисциплинарного подхода при составлении длительной и персонифицированной программы реабилитации с учетом тактики катамнестического наблюдения недоношенных детей позволяет значительно снизить риск тяжелых осложнений и инвалидизации детей. Так, например, в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2» к возрасту 1 год у 75% детей с ОНМТ и ЭНМТ снят диагноз: Перинатальное поражение нервной системы.

Список литературы

1. Суренкова И.Н. О системе реабилитации недоношенных детей в Санкт-Петербурге, концепция шаговой доступности / И.Н. Суренкова, Г.А. Суслова, А.П. Скоромец // Педиатр. – 2016. – Т.7. – № 2. – С. 140-144.
2. Policy change for infants born at the «cusp of viability»: a Canadian NICU experience / L. Mahugu, et al // Pediatrics. – 2014. – №134(5). – P. 1405-1410.
3. Continuing utilisation of specialised health services in extremely preterm infants / T.M. Luu, et al. // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. – 2010. – №95(5). – P. 320-325.
4. Батышева Т.Т. Модернизация системы детской неврологической службы в г. Москве: проблемы и пути решения / Т.Т. Батышева, А.А. Корсунский // Вестник Росздравнадзора. – 2011. – №3. – С. 11-16.
5. Блохина С.И. Интеллектуально-информационная поддержка процессов управления реабилитацией в многопрофильном детском медицинском учреждении / С.И. Блохина, Т.Я. Ткаченко, С.Л. Гольдштейн // Здравоохранение. – 2013. – № 12. – С. 98-104.
6. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии недоношенных детей / Г.К. Баркун, и др. // Охрана материнства и детства. – 2012. – Т.2. – №20. – С. 76-80.
7. V'askova M.F. Organization of multi-level medical services for women with abortions and for premature infants / M.F. V'askova, A.A. Sidorov // Akush. Ginek. – 1985. – №5. – P. 60-61.
8. Волова М.В. Этапы реабилитационной помощи недоношенным детям / М.В. Волова // Актуальные проблемы адаптивной физической культуры и спорта. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2016. – С. 21-27.

9. Greene M. Part C early intervention utilization in preterm infants: Opportunity for referral from a NICU follow-up clinic / M. Greene, K. Patra // Res Dev Disabil. – 2016. – №53-54. – P. 287-295.

10. Региональная система катamnестического наблюдения как основа эффективной реабилитации детей раннего возраста с массой тела при рождении менее 1500 граммов / А.И. Малышкина и др. // Курортная медицина. – 2016. – №2 – С. 113-116.

11. Тусупкалиев Б. Модель непрерывного наблюдения на первом году жизни детей, родившихся с малой массой тела / Б. Тусупкалиев, А.К. Жумалина, Ж.Т. Жусупова // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2016. – Т.4. – №52. – С.42-48.

12. Региональная модель катamnестического наблюдения на 1-м году жизни детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении / А.И. Малышкина, и др. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – №58(6). – С. 53-56.

13. Оказание амбулаторно-поликлинической помощи детям с нарушениями развития в раннем возрасте / Е.П. Зубова, и др. // Медицинский альманах. – 2014. – № 1 (31). – С. 10-14.

14. Приказ Департамента здравоохранения автономного округа от 05 июля 2013 года № 286 «Об организации наблюдения и ранней медицинской реабилитации детей первых 3-х лет жизни».

15. Ворошилина К.И. Качество жизни недоношенных детей, родившихся с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела, по результатам катamnестического наблюдения в условиях перинатального центра / К.И. Ворошилина, Ю.И. Ровда // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6-0. – С. 92.

© Е.А. Михайлёва, 2017