

Р.О. Моїсеєнко

Проблемні питання розвитку та реабілітації дітей, що народились передчасно

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2014.4(60):40–44;doi10.15574/PP.2014.60.40

Мета — висвітлити проблеми розвитку та реабілітації передчасно народжених дітей.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження — система та мережа закладів медичної допомоги для новонароджених і дітей раннього віку. Використано національні та міжнародні підходи до системи надання допомоги дітям, які мають ризик виникнення інвалідності. Вивчено законодавчу базу та інші нормативно-правові акти України, що регулюють медичну допомогу дітям на державному, галузевому і локальному рівнях, а також підходи до надання медичної допомоги дітям із тяжкими захворюваннями в Німеччині. Використано методи системного підходу, структурно-логічного, змістовного аналізу, а також статистичний, інформаційно-аналітичний методи.

Результати. Інтенсивні технології в охороні здоров'я суттєво збільшили виживаність дітей, що народились передчасно. Проте її рівень значно нижчий за відповідний у Баварії: в Україні у 2013 р. серед дітей, що народились із вагою 500,0–999,0 г, він становить 63,8%; 1000,0–1500,0 г — 89,7%. Це зобов'язує медиків поліпшувати якість акушерської та перинатальної допомоги, призначати раціональну терапію для зниження рівня інвалідизації передчасно народжених дітей, а також вирішувати деонтологічне питання переведення окремих немовлят із край тяжкими ураженнями на паліативну допомогу з використанням досвіду баварських медиків.

Висновки. Зростання інвалідності серед дітей потребує подальшого впровадження системи їх комплексної реабілітації, розробки принципів соціальної педіатрії. Необхідними є: розвиток мережі кабінетів катамнезу та центрів раннього втручання, а також зміна підходів до визначення інвалідності в дітей відповідно до класифікації основних категорій життєдіяльності та ступеня вираження обмежень.

Ключові слова: недоношені, діти, малюкова смертність, кабінет катамнезу, раннє втручання, діти-інваліди, реабілітація.

Вступ

З кожним роком світове суспільство стає дедалі більше гуманним: посилюються права і свободи громадян, поліпшується ставлення до людей з особливими потребами.

Конвенція про права дитини, ратифікована Україною, визначає: «Держави-учасниці визнають право кожної дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб та відновлення здоров'я» [3, 8].

Основне завдання країни — забезпечити «здоровий старт» дитині, тобто дати їй можливість народитися здоровою в безпечних умовах. Особлива увага має приділятися дітям, які народилися з обмеженнями життєдіяльності, тяжкими хронічними захворюваннями й потребують соціального захисту як діти з інвалідністю [4].

В Україні, за даними 2013 р., налічується понад 168,28 тис. дітей-інвалідів, кількість яких щороку зростає. У зв'язку з цим існує необхідність у зміні підходів до попередження інвалідності та в посиленні системи медико-соціальної реабілітації.

Мета роботи — висвітлити проблеми розвитку та реабілітації передчасно народжених дітей.

Матеріали та методи дослідження

Об'єкт дослідження — система та мережа закладів медичної допомоги для новонароджених і дітей раннього віку. Використано національні та міжнародні підходи до системи надання допомоги дітям, які мають ризик виникнення інвалідності. Вивчено законодавчу базу та інші нормативно-правові акти України, що регулюють медичну допомогу дітям на державному, галузевому і локальному рівнях, а також підходи до надання медичної допомоги дітям із тяжкими захворюваннями в Німеччині. Викори-

стано методи системного підходу, структурно-логічного, змістовного аналізу, а також статистичний, інформаційно-аналітичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

У теперішній час дискутується тема виходжування передчасно народжених дітей. Україна в 2007 р. прийняла рішення про реєстрацію малюкової смертності немовлят, що народились живими з вагою 500,0 та більше грамів із терміном гестації 22 і більше тижнів. Це рекомендація і перспективна політика Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), членом якої є Україна, Дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ. Завдання лікарів — дати шанс на життя кожній народженій людині.

Сьогодні в Україні спостерігається зниження рівня малюкової смертності. Це позитивний показник, але, значно знизивши смертність від так званих «керованих» причин, зокрема, від інфекційних захворювань, хвороб органів дихання тощо, перед країною постали завдання більш глобальні — знизити рівень смертності від причин, пов'язаних із перинатальним періодом, природжених вад розвитку тощо.

За даними ВООЗ [2], у країнах, де смертність малюків менша за 10 на 1000 народжених живими, кожна наступна проміле зменшення показника потребує значного комплексного додаткового внеску в охорону материнства та дитинства. Сьогодні в Україні виділяється недостатньо коштів на ці цілі. Зараз слід ретельно проаналізувати досягнення, прийняти поступові планові заходи для стабілізації показника на рівні 8,0 на 1000 народжених живими, максимально застосувати метод аналізу та планування «Бєбі матриця» для визначення «больових точок» у структурі малюкової смертності на кожній території та по Україні в цілому, а також необхідно привести структуру

Таблиця 1

Вживаність недоношених новонароджених залежно від ваги при народженні (%)

Вага при народженні				
до 500,0 г	500,0–749,0 г	750,0–999,0 г	1000,0–1249,0 г	1250,0–1499,0 г
76	83	98	99	98

Таблиця 2

Специфічний показник перинатальної та малюкової смертності в закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, за окремими ваговими категоріями у 2013 р.

Вагова категорія (г)	Відсоток виживання після	
	6 днів	1 року
500–999	63,80	36,59
1000–1499	89,76	78,86
1500–1999	97,05	93,64
2000–2499	99,09	97,53
2500–2999	99,79	99,29
3000–3499	99,90	99,65
3500 і більше	99,92	99,74
Усього	99,69	99,22

смертності до відповідної в країнах, які мають аналогічні показники малюкової смертності та менші. Особливо це стосується передчасно народжених немовлят.

Тенденції в цій царині однакові в Україні і світі. На тлі зменшення рівня смертності дітей і дорослих зростає показник інвалідності. Так, серед дітей інвалідність досягла вже 2,1% від кількості дитячого населення [6]. ЮНІСЕФ дає орієнтовний показник для країн, які мають адекватні заходи для захисту дітей з особливими потребами, – 2,5% дітей-інвалідів.

В Україні основними завданнями є: впровадження сучасної моделі визначення інвалідності за критеріями життєдіяльності; впорядкування системи призначення соціальної допомоги по інвалідності; розробка та виконання індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда.

Постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2013 р. № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям» затверджено Положення про лікарсько-консультативну комісію, Порядок встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям, яким вперше впроваджено сучасні критерії визначення інвалідності в дітей відповідно до Класифікації основних категорій життєдіяльності і ступеня вираження обмежень. Основними категоріями життєдіяльності визначено здатність до: самообслуговування; самостійного пересування; орієнтації; спілкування; контролю за власною поведінкою; навчання; трудової діяльності, що в цілому змінює підхід до визначення інвалідності, пов'язаний зі встановленням діагнозом.

Заходи соціального захисту посилюватимуться. Впровадження моделі встановлення інвалідності, заснованої на сучасних підходах, сприятиме збільшенню кількості дітей, що набудуть статусу інвалідності і отримають соціальну підтримку держави, але це потребуватиме кардинальної зміни підходів до профілактики інвалідності і посилення послуг для дітей, які потребуватимуть сторонньої допомоги через низький рівень здоров'я.

Ситуація, обговорена під час X Українсько-Баварського симпозиуму дитячих неврологів (Мюнхен 2014 р.), свідчить, що, за даними німецьких фахівців доктора Андреаса Шульце та професора Людвіга Максиміліана (Університет, Мюнхен), виживаність дітей, народжених із вагою

Таблиця 4

Розподіл народжених у закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, за окремими ваговими категоріями у 2013 р.

Вагова категорія (г)	Вижило після	
	6 днів	1 року
500–999	809	464
1000–1499	2289	2011
1500–1999	5463	5271
2000–2499	17399	17125
2500–2999	76248	75866
3000–3499	192984	192494
3500 і більше	200195	199846
Усього	495387	493077

750,0–1000,0 г, не відрізняється від такої в малюків, народжених із вагою понад 1000,0 г (табл. 1).

Тобто практично всі малюки, народжені з вагою понад 750 г, у Баварії мають добрий шанс вижити, але все одно потребують ретельної та сталої роботи щодо реабілітації. При цьому 75% усіх недоношених немовлят народжені із гестаційним віком 34–36 тиж., 12% – 32–33 тиж., 10% – 27–31 тиж., 3% – менше 26 тиж. вагітності. Якщо порівняти ці дані з відповідними в Україні [7], то спостерігається певна різниця, особливо щодо виживаності до 1 року серед малюків, народжених із вагою до 1500 г (табл. 2). Особливо низьким є рівень виживаності дітей, народжених із вагою 500,0–1000,0 г, який менший в Україні (порівняно з Баварією) майже на 20%. Серед таких дітей доживають до року лише 36,6%. На особливу увагу потребує надання інтенсивної допомоги немовлятам із вагою при народженні 1000,0–1500,0 г, виживання яких нижче, ніж у Баварії, на 9%.

При обговоренні тяжкості патології, яка формується в недоношених немовлят, слід розуміти, що порівнювати вищезазначені дані напряму не зовсім коректно.

Слід зазначити, що кількість малюків, народжених із вагою до 1000,0 г, в Україні не перевищує 1300 дітей. Останніми роками суттєво поліпшились навички медичного персоналу з їх виходжування (табл. 3).

В Україні відсоток передчасних пологів сягає 5%, при цьому в Баварії – 6,5%. Переважно в нашій структурі передчасно народжених немовлят цифри втрачаються за рахунок малюків, народжених із вагою до 1000,0 г, через ряд особливостей вітчизняної системи охорони здоров'я (табл. 4) [7].

За даними проф. Фон Фосса, висвітленими під час українсько-баварського симпозиуму [9], у немовлят, народжених із вагою 500,0–1500,0 г, у 6–12% випадків спостерігаються тяжкі порушення здоров'я. Так, у 2–9% випадків формується церебральний параліч, у 2–18% – ретинопатія, у 2–14% – порушення слуху, у 1–3% – когнітивні розлади.

При цьому, за даними німецьких фахівців, більшість немовлят, народжених з екстремально низькою масою тіла в терміні гестації 22–26 тиж., за психофізичним розвитком у 2 роки не набагато відрізняються від однопітків, народжених у терміні гестації понад 27 тижнів.

За даними українських фахівців проф. Кирилової Л.В., Мартиненко Я.А. [5], при обстеженні 49 дітей, які вижили

Таблиця 3

Кількість дітей, народжених живими в закладах охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, у 2013 р. при терміні вагітності 22 тижні і більше

Вага	Розподіл новонароджених за вагою (г)							Усього	
	до 500	500–999	1000–1499	1500–1999	2000–2499	2500–2999	3000–3499		3500 і більше
Кількість	35	1 268	2 550	5 629	17 558	76 407	193 169	200 363	496 979

До 22 тижнів вагітності народилося живими 16 дітей [Ошибка! Источник ссылки не найден].

із середнім гестаційним віком 27,89 тиж., при катамне-стичному обстеженні встановлено церебральні паралічі в 44,8% дітей, із них тяжкі спастичні форми тетрапарезу — у 22,4%, а когнітивні розлади — у 93,8%.

Щі відхилення та попередження їх поглиблення потре-бують реабілітації немовлят вже в перинатальному центрі.

Таким чином, щороку в Україні народжується близько 2,5 тис. малюків із вагою до 1500,0 г, які потребують сер-йозної комплексної реабілітації. За даними 2013 р., в нашій державі налічується понад 27 тис. новонароджених із вагою до 2500,0 г, які потребують особливої уваги як лікарів, так і психологів, педагогів.

Щодо немовлят, народжених із масою тіла до 500,0 г, баварські фахівці вказують на актуальну і для України деонтологічну проблему, яка полягає в організації інтен-сивної терапії або за певних умов переведення на паліатив-ний догляд. Таке питання вирішується колегіально із залу-ченням батьків, але не перекладається на них. Так, учасник симпозиуму проф. Шульце А. зазначив, що із 48 дітей, народжених із вагою до 500 г, в їх центрі 33 новонароджені отримували інтенсивну терапію з подальшим переведен-ням на паліативну, 12 немовлят — інтенсивну терапію до смерті, а 3 малюки, народжені живими, були відразу пере-ведені на паліативну допомогу. Під паліативним наглядом мається на увазі передусім відсутність штучної вентиляції легенів, інтенсивної медикаментозної та іншої терапії, при цьому застосовується максимальне знеболення для змен-шення страждань малюка перед смертю.

Такий підхід пов'язаний із надзвичайно несприятли-вим перебігом реабілітаційного періоду і тяжкими відхи-леннями в стані здоров'я, які в подальшому несприятливо реалізуються в дітей, що вижили.

В Україні, на жаль, існує проблема продовження вихо-дження немовлят у критичному стані, які за об'єктивни-ми показниками не мають шансів на прийнятний психофі-зичний розвиток. Таке виходжування потребує значних витрат (на проведення тривалої неперспективної штучної вентиляції легенів, медикаментозну та інструментальну терапію), які здебільшого перекладаються на батьків тощо. При цьому сподівання батьків не виправдовуються.

Практика щодо таких випадків у різних країнах різ-ниться. Так, проф. Шульце А. зазначив, що, наприклад, у Нідерландах не виходжують немовлят з екстремально низькою вагою. Баварські неонатологи пропонують коле-гіально — за участі декількох лікарів, які надавали допо-могу дитині, (неонатолог, невролог дитячий, анестезіолог), а також середнього медичного персоналу — провести співбесіду з батьками щодо стану дитини, можливих пер-спектив її розвитку і, відповідно, потреби у виходжуванні. Якщо батьки віруючі, до бесіди залучають священників. Така група, за усної згоди батьків, визначає можливість переведення дитини на паліативний догляд.

Відхилення в здоров'ї недоношених із вагою понад 500 г потребують реабілітації немовлят вже в перинатальному центрі [9].

Система реабілітації недоношених має базуватися на принципі своєчасності, комплексності та безперервності. Саме такі малюки повинні мати шанс народитись у пери-натальних центрах, де є необхідний обсяг допомоги як у матеріально-технічному, так і в кадровому плані. У таких центрах працюють медичні кадри, які мають навички прийняття передчасних пологів і надання допомоги немо-вляті; де надзвичайно важливим є «сміле втручання», коли медперсонал не вагається приймати рішення. Відо-мо, що найкраща реабілітація недоношеного малюка — це своєчасно і повно надана допомога в гострому періоді.

Вміння персоналу відіграють надзвичайну роль у подаль-шому виходжуванні немовляти та збереженні якісного життя такої дитини. Принциповим для малюка є мініміза-ція інтервенційних втручань і транспортувань, що є одним із позитивних елементів перинатальних центрів, з яких дитину виписують відразу додому без переведення на другий етап виходжування.

Наступний етап реабілітації — це спостереження до досягнення 2-річного віку дитини в кабінеті катамнезу перинатального центру, де є команда спеціалістів різного профілю, яка може оцінити стан малюка та надати рекомен-дації щодо подальшої реабілітації. До цієї команди бажано включити лікаря-педіатра-неонатолога; дитячого невроло-га, кінезіотерапевта (фізіотерапевта), сурдолога, дитячого офтальмолога, лікаря ультразвукової діагностики, лікаря-функціоналіста, психолога, середній медперсонал.

Головне завдання кабінетів катамнезу — це моніторинг стану здоров'я новонароджених із певними відхиленнями в стані здоров'я як елемент внутрішнього контролю якості діяльності лікувального закладу, а також надання реко-мендації щодо подальшої реабілітації, спостереження й консультування іншими спеціалістами.

Проведення планових реабілітаційних процедур дітям у кабінетах катамнезу, створених у перинатальних цен-трах, розгорнутих на базі пологодопоміжних лікувальних закладів (без об'єднання їх із багатопрофільними дитячи-ми клініками), є недоцільним ні економічно, ні з огляду на ресурсне і кадрове забезпечення.

У кабінетах катамнезу дитину можуть спостерігати протягом тривалого часу, проте бажано до 2 років, коли більш повно можна оцінити ефективність реабілітації. Після виписки зі стаціонару немовля, як правило, за діль-ничним принципом переходить під нагляд лікаря загаль-ної практики / сімейного лікаря. На жаль, рівень знань сімейних лікарів зазвичай недостатній для якісного спо-стереження та реабілітації дитини з особливими потреба-ми в ранньому віці.

У системі охорони здоров'я України схвалена та впро-ваджується модель медико-соціальної реабілітації, побу-дована за принципом «тандем-партнерство», «дитина-сім'я-фахівець». Елементи послуг із раннього втручання повинні і можуть стати суттєвим доповненням комплекс-ної системи медико-соціальної реабілітації, яка допоможе більшою мірою залучити сім'ю до реабілітації дитини, а також забезпечить тривалий міжсекторальний реабіліта-ційний супровід малюків, наближений до сім'ї та дитини.

Таким чином, із метою забезпечення доступності до повноцінної реабілітації дитини раннього віку 0–3 років, яка має відхилення в стані здоров'я (порушення розвитку, відставання або високий ризик відставання в таких сфе-рах: велика та тонка моторика, сенсорне сприйняття, ког-нітивна, комунікативна, адаптивна поведінка — навички самообслуговування та соціальні навички), існує потреба у створенні центрів раннього втручання на базі дитячих амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів. Такі центри повною мірою відповідатимуть потребам часу, ста-нуть частиною єдиної комплексної системи медико-со-ціальної реабілітації, побудованої на принципах «тандем-партнерство», «дитина-сім'я-фахівець».

На особливу увагу потребують недоношені діти з екстремально низькою вагою при народженні; з генетич-ними порушеннями; руховими порушеннями при різних неврологічних захворюваннях (дитячому церебральному паралічі, нейром'язових захворюваннях); станами після травм та оперативних втручань; множинними порушен-нями; порушеннями аутистичного спектра; сенсорними

порушеннями; діти, які мають виявлене відставання в розвитку; діти із соціально дезадаптованих сімей. На даний час у країні існують одиничні приклади діяльності таких центрів раннього втручання в містах Харкові, Одесі та Львові.

Головна відмінність таких центрів раннього втручання від реабілітаційних центрів різних відомств, які існують сьогодні у всіх обласних центрах і більшості великих міст, полягає в тому, що останні не забезпечують постійного комплексного тривалого моніторингу за станом здоров'я та психофізичним розвитком дитини, супроводу сім'ї та домашнього візитування дитини з її спостереженням у звичних для неї умовах.

Робота центрів раннього втручання передбачає доступність (загальну, територіальну, фінансову), міждисциплінарність роботи, різноманітність програм і послуг, сімейноцентрованість, а також те, що послуги охоплюють усі сторони життя дитини. Програми центрів раннього втручання передбачають спостереження та реабілітаційні програми з домашнім візитуванням дитини протягом року. Досвід таких країн світу, як США, Португалія, Німеччина тощо, підтвердив ефективність запропо-

нованої моделі послуг і підтверджує доцільність поширення таких технологій [1].

Висновки

Інтенсивні технології в охороні здоров'я суттєво збільшили виживаність передчасно народжених дітей. Проте її рівень значно нижчий за відповідний у Баварії: в Україні у 2013 р. серед дітей, що народились із вагою 500,0–999,0 г, він становить 63,8%; 1000,0–1500,0 г — 89,7%. Це зобов'язує медиків поліпшувати якість акушерської та перинатальної допомоги, призначати раціональну терапію для зниження рівня інвалідизації передчасно народжених дітей, а також вирішувати деонтологічне питання переведення окремих немовлят із вкрай тяжкими ураженнями на паліативну допомогу з використанням досвіду баварських медиків.

Зростання інвалідності серед дітей потребує подальшого впровадження системи їх комплексної реабілітації, розбудови принципів соціальної педіатрії. Необхідними є: розвиток мережі кабінетів катамнезу та центрів раннього втручання, а також зміна підходів до визначення інвалідності в дітей відповідно до класифікації основних категорій життєдіяльності та ступеня вираження обмежень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доброва-Крол Н. Раннее вмешательство: Ключевые аспекты и международный опыт / Н. Доброва-Крол; Междунар. детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). — Киев, 2014. — 48 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. — Женева, 2000. — 232 с.
3. Збірник нормативно-правових актів у сфері захисту прав дітей. — Київ: Держкомсім'ямолодь, 2002. — 318 с.
4. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро. Европейская серия по достижению здоровья для всех. — Копенгаген, 1999. — № 6. — 310 с.
5. Кирилова Л.В. Якість життя дітей народжених з екстремально низькою масою тіла / Л.В. Кирилова, Я.А. Мартиненко // Соціальна педіатрія та реабілітологія. — 2014. — № 1 (7). — С. 13—14.
6. Мартинюк В.Ю. Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України — 18 років співпраці між українськими та баварськими фахівцями / В.Ю. Мартинюк // Соціальна педіатрія та реабілітологія. — 2014. — № 1 (7). — С. 18—19.
7. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини MATRIX — BABIES: аналітично-статистичний довідник протягом 2013 року щокварталу / за ред. М.В. Голубчикова; Центр мед. статистики МОЗ України. — Київ, 2014. — 48 с.
8. Права дитини: збірник документів. — Львів: Оскарт, 1995. — 112 с.
9. Abstracts of the X Bavarian-Ukrainian Symposium // Соціальна педіатрія та реабілітологія. — 2014. — № 1 (7) — С. 7—44.

Проблемные вопросы развития и реабилитации детей, родившихся преждевременно

Р.А. Моисеенко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель — осветить проблемы развития и реабилитации преждевременно рожденных детей.

Материалы и методы. Объект исследования — система и сеть заведений медицинской помощи для новорожденных и детей раннего возраста. Используются национальные и международные подходы к системе предоставления помощи детям, которые имеют риск возникновения инвалидности. Изучена законодательная база и другие нормативно-правовые акты Украины, которые регулируют медицинскую помощь детям на государственном, отраслевом и локальном уровнях, а также подходы к предоставлению медицинской помощи детям с тяжелыми заболеваниями в Германии. Используются методы системного подхода, структурно-логического, содержательного анализа, а также статистический, информационно-аналитический методы.

Результаты. Интенсивные технологии в здравоохранении существенно увеличили выживаемость рожденных преждевременно детей. Однако ее уровень значительно ниже соответствующего в Баварии: в Украине в 2013 г. среди новорожденных с весом 500,0–999,0 г он составляет 63,8%; 1000,0–1500,0 г — 89,7%. Это обязывает медиков улучшать акушерскую и перинатальную помощь, применять рациональную терапию для снижения уровня инвалидизации преждевременно рожденных детей, а также решать деонтологический вопрос перевода отдельных младенцев с крайне тяжелыми поражениями на паллиативную помощь с использованием опыта баварских медиков.

Выводы. Повышение инвалидности среди детей требует дальнейшего внедрения системы их комплексной реабилитации, развития принципов социальной педіатрії. Необходимы: развитие сети кабинетов катамнеза и центров раннего вмешательства, а также изменение подходов к определению инвалидности у детей в соответствии с классификацией основных категорий жизнедеятельности и степени выражения ограничений.

Ключевые слова: недоношенные, дети, младенческая смертность, кабинет катамнеза, раннее вмешательство, дети-инвалиды, реабилитация.

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2014.4(60):40–44;doi10.15574/PP.2014.60.40

Problematic issues of development and rehabilitation of premature infants

R.A. Moiseyenko

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Object- to highlight the problems of development and rehabilitation of premature infants.

Materials and methods. The object of the study is a system and the chain of health care facilities for infants and young children. The national and international approaches to the system of health care prevention for children who have a risk of disability are used. The legal framework and other legal acts of Ukraine, which regulate medical care to children in the state, sectoral and local levels, as well as approaches to the provision of medical care for children with serious illnesses in Germany are studied. The methods of a systematic approach, structure and logic, and content analysis and also statistics, information and analytical methods are used.

Results. Intensive technologies of Health Service have significantly increased the survival rate of prematurely born children. However, its level is much lower than in Bavaria: in Ukraine for the period 2013 year among newborns with weight 500,0-999,0 g it was 63.8%; 1000,0-1500,0 g - 89.7%. It behooves physicians to improve obstetric and perinatal care, to apply rational therapy for reducing of disability in premature infants, as well as to solve a deontological question of passing of individual infants with quite severe lesions into palliative care with the use of experience of the Bavarian physicians.

Conclusions. Increased disability among children requires further implementation of the system of comprehensive rehabilitation, the development of the principles of social pediatrics. It is needed: the development of the chain of catamnesis offices and early intervention centers and changes in approaches to the definition of disability in children in accordance with the classification of the main categories of life and severity of the restriction degeneration factor.

Key words: premature, infants, infant mortality, catamnesis office, early intervention, children with disabilities, rehabilitation.

Сведения об авторах:

Моисеевко Раиса Александровна — д.мед.н., зав. каф. детской неврологии и медико-социальной реабилитации НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. +38 (044) 412-10-68; e-mail: v-moiseenko@ukr.net.

Статья поступила в редакцию 24.11.2014 г.

НОВОСТИ

«Вокализация боли»:

возгласы являются неплохими анальгетиками

Междометия для обозначения боли есть практически во всех языках, причем нередко они почти совпадают по звучанию, так как, очевидно, наши предки, испытывая боль, издавали одинаковые звуки вне зависимости от региона обитания.

Русскому «ой!» в английском языке соответствует междометие «ow!», и исследователи из Сингапура, где английский является одним из 4-х основных языков, обнаружили, что возглас «ow!» действительно помогает стойчески переносить боль.

Во время эксперимента, в котором принимали участие 56 добровольцев, испытуемым приходилось несколько раз опускать руки в очень холодную воду — ее температура была близка к 0°.

Участникам приходилось держать кисти в ледяной воде, до тех пор, пока боль не становилась невыносимой.

Эксперимент повторялся несколько раз — и каждый раз с другим звуковым сопровождением.

Один раз испытуемые имели право облегчать страдания, издавая пресловутый крик боли «ой!» (или «ow!» в сингапурском варианте), в другом повторении они слушали аудиозапись собственного крика, в третьем варианте им при погружении рук в воду включали аудиозапись этого возгласа в исполнении другого участника, и в четвертом варианте звуковое сопровождение вообще исключалось — терпеть боль от холодной воды приходилось молча.

Ученые из Национального университета Сингапура (National University of Singapore) обнаружили, что участники могли держать руки в ледяной воде дольше в среднем на 7 секунд (30 секунд против 23), если получали право «ойкать» по сравнению с тем вариантом, когда возглас боли на аудиозаписи произносил посторонний человек.

Впрочем, таким эффектом обладали и другие односложные возгласы — главное, чтобы их произносил непосредственно сам человек, испытывающий боль.

Источник: <http://med-expert.com.ua>