

## ЭТАПНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**МАРИНА ВАДИМОВНА ПОТАПОВА**, канд. мед. наук, гл. врач ГАУЗ «Городская детская больница № 1» Минздрава РТ, Казань, тел. (843) 562-22-11, e-mail: kaz\_gdb1@mail.ru

**АСИЯ ИЛЬДУСОВНА САФИНА**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, тел. (843) 562-52-66, e-mail: safina\_asia@mail.ru

**АЛЬБИНА АЗАТОВНА МАЛОВА**, канд. мед. наук, зам. руководителя Управления здравоохранения г. Казани Минздрава РТ, тел. (843) 238-15-44, e-mail: Uz.Kazan@tatar.ru

**ОЛЬГА ВАСИЛЬВНА ШАРИПОВА**, зам. главного врача ГАУЗ «Городская детская больница № 1» Минздрава РТ, Казань, тел. (843) 562-22-11, e-mail: kaz\_gdb1@mail.ru

**ИРИНА ВАЛЕНТИНОВНА АГАПОВА**, зав. отделением патологии новорожденных ГАУЗ «Городская детская больница № 1» Минздрава РТ, Казань, тел. (843) 562-22-11, e-mail: kaz\_gdb1@mail.ru

**Реферат.** Представлена модель оказания помощи недоношенным детям с экстремально низкой и очень низкой массой тела в ГАУЗ «Городская детская больница № 1» Минздрава РТ, Казань. Этапность оказания помощи складывается из четырех составляющих: отделение реанимации новорожденных, отделение недоношенных и новорожденных детей, отделение детей грудного возраста и отделение катамнеза.

**Ключевые слова:** этапность помощи, недоношенные дети, последующее наблюдение.

## PHASING OF MEDICAL CARE TO PRETERM INFANTS WITH EXTREMELY LOW AND VERY LOW BIRTH WEIGHT IN AN URBAN CHILDREN'S HOSPITALS

**M. V. POTAPOVA, A. I. SAFINA, A. A. MALOVA, O. V. SHARIPOVA, I. V. AGAPOVA**

**Abstract.** A model to help premature babies with extremely low and very low birth weight infants in «Children's hospital № 1» Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan. Stages aid consists of four components: the neonatal intensive care unit, Department of premature and newborn babies, infants, separation and separation catamnesis.

**Key words:** Stages of care, premature babies, follow-up.

В последнее десятилетие в нашей стране наблюдаются стремительные изменения в неонатологической службе. Организация отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, широкое внедрение ИВЛ, привлечение в неонатологию специалистов-реаниматологов, освоение множества новых методик, связанных с выхаживанием глубоко-недоношенных детей, позволило не только в какой-то мере снизить раннюю неонатальную смертность, но и с 1 января 2012 г. перейти на мировые критерии живорождения, выхаживание детей с экстремально низкой массой тела при рождении. В России недоношенными ( $\leq 37$  нед гестации) рождается примерно 6% детей, при этом недоношенных с очень низким весом (вес при рождении  $< 1\ 500$  г) рождается примерно 1%. В большинстве промышленно развитых стран в последние два десятилетия частота преждевременных родов достаточно стабильна и составляет 5—10% от

числа родившихся детей. В США из 3,7 млн ежегодно рождающихся младенцев 10,8% — дети, родившиеся с массой тела менее 2 500 г, и 1,1% — родившиеся ранее 32 нед и с массой тела менее 1 500 г. Выживаемость недоношенных детей непосредственно зависит от срока гестации и массы тела при рождении. Дети с массой тела 1 500 г и ниже (менее 30—31 нед гестации) составляют только 1% от всех живорожденных, но в то же время 70% случаев смерти в неонатальном периоде (за исключением детей с врожденными аномалиями) приходится на детей с массой тела до 1 500 г.

По статистическим данным Городской детской больницы № 1 г. Казани, куда госпитализируются дети из всех родовспомогательных учреждений города, за 10 лет, с 2002 по 2012 г., количество детей, рожденных недоношенными, с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) увеличилось в 1,6 раза (табл. 1).

Таблица 1

Количество детей с ЭНМТ и ОНМТ, прошедших лечение в ГДБ № 1 г. Казани в 2002—2012 гг. (абс. числа)

Показатель	2002—2003	2004—2005	2006—2007	2011—2012
ОНМТ $< 1500$ г	68	73	87	110
ЭНМТ $< 1000$ г	20	25	27	31
Всего	88	98	114	141

Успешное выхаживание детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении является одной из наиболее сложных задач современной медицины. Но необходимо также решать задачу улучшения качества жизни глубоко недоношенных детей, снижение инвалидизации. Этого можно добиться только внедрением в практику выхаживания недоношенных детей новых современных технологий, с одной стороны, и соблюдением этапности оказания помощи таким детям — с другой. Только преемственность в оказании помощи недоношенным с ЭНМТ и ОНМТ на всех этапах выхаживания является залогом качества оказания медицинской помощи. Опыт подавляющего большинства развитых стран мира убедительно свидетельствует, что наиболее эффективное выхаживание недоношенных младенцев обеспечивается лишь при условии выполнения всех названных мер одним учреждением. В настоящее время на базе Городской детской больницы № 1 г. Казани создана модель четырехэтапного выхаживания недоношенных детей, которая включает:

**1-й этап.** Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей, мощностью 12 коек. Отделение организовано в 2002 г., обслуживает родильные дома города Казани и осуществляет госпитализацию наиболее тяжелых новорожденных для оказания им реанимационной и интенсивной помощи. Опыт, накопленный за время работы отделения, высокий профессиональный уровень, использование новейших методик лечения и выхаживания недоношенных детей позволили добиться значимых результатов. Процент выхаживания детей за последние 10 лет увеличился с 45 до 80%.

**2-й этап.** Отделение недоношенных и новорожденных детей, куда поступают дети после стабилизации состояния для дальнейшего лечения и наблюдения. В отделении имеются две палаты интенсивной терапии, высокотехнологичное оборудование. Во время пребывания недоношенных в отделении используется мультидисциплинарный подход: неонатолог, невролог, окулист, отоларинголог, эндокринолог, ортопед и другие специалисты. Персонал отделения обеспечивает оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за недоношенными новорожденными согласно их гестационного возраста и имеющихся заболеваний с акцентом на:

- создание оптимальных условий окружающей среды;
- рациональное вскармливание;
- профилактику дефицитных состояний недоношенных (остеопении, анемии);
- раннее начало реабилитационных мероприятий (массаж, ЛФК).

Большое внимание уделяется работе с матерями этих детей, что является очень важным моментом для выхаживания и улучшения качества жизни в дальнейшем. Постоянно проводится консультирование родителей по особенностям роста и развития недоношенных, проблемам здоровья, грудному вскармливанию и рациональному питанию.

**3-й этап.** Отделение грудных детей, куда переводятся дети, достигшие массы тела  $\geq 2000$  г или 1 мес корригированного возраста. Потребность в создании этого этапа на базе Городской детской больницы № 1 г. Казани возникла в связи невозможностью выписать детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья и требующих оказания специализированной медицинской помощи, на амбулаторный этап. В отделении

проводится лечение не только основного заболевания, но и продолжаются реабилитационные мероприятия. С 2011 г. проводится пассивная иммунизация детей с бронхолегочной дисплазией от респираторного синцициального вируса препаратом паливизумаб (синагис). На 3-м этапе уделяется большое внимание обучению матерей навыкам ухода за недоношенными детьми с акцентом на тактильно-кинестетическую и эмоциональную стимуляцию, на питание и развитие ребенка. Дети выписываются из стационара при наличии активного сосания, отсутствии кислородозависимости и массы тела  $\geq 2000,0$  г.

**4-й этап.** Амбулаторное отделение катамнеза, которое было открыто при поддержке Управления здравоохранения г. Казани МЗ РТ в ноябре 2012 г. для приема всех недоношенных детей города. Основной целью создания кабинета катамнеза является снижение частоты формирования хронических форм заболеваний и уменьшения ранней инвалидности у глубоко недоношенных детей, а также у новорожденных, потребовавших оказания пролонгированной реанимационной помощи. Для таких детей необходимо систематическое наблюдение до достижения ими возраста 3 лет, разработка единой комплексной программы наблюдения и методов и сроков реабилитационного лечения. А также у них должна проводиться регулярная оценка нейромоторного и когнитивного статуса для раннего выявления отклонений в развитии ребенка.

После выписки со 2-го или 3-го этапа ребенок ставится на учет в кабинете катамнеза, для него составляется индивидуальный план, согласно которому ведется систематическое наблюдение. Квалифицированные врачи-педиатры, неонатологи, неврологи оказывают консультативно-лечебную помощь ребенку, дают рекомендации по уходу и вскармливанию, при необходимости в отделение катамнеза приглашаются для консультации другие специалисты. Динамическое наблюдение продолжается до тех пор, пока эти дети не сравняются в физическом развитии со своими сверстниками, родившимися в срок, т.е. до 3 лет.

Подобные специализированные структуры «последующего наблюдения» за новорожденными уже более 15—20 лет успешно функционируют на Западе — так называемые отделения «follow-up». Работа этих отделений позволила значительно снизить процент инвалидности среди этих детей. Ранняя и комплексная коррекция неврологических нарушений снизила тяжесть развития ДЦП при гипоксически-ишемических повреждениях, четкий контроль за кислородным гомеостазом позволил уменьшить частоту бронхиальной астмы у детей с бронхолегочной дисплазией, хирургическое лечение позволило сохранить зрение у детей с ретинопатией, своевременная диагностика дала возможность корригировать тугоухость и нарушения развития. По данным Американской ассоциации врачей, занимающихся проблемами развития, работа служб последующего наблюдения позволила сохранить социальное качество жизни у 75% детей, рожденных с массой тела менее 1000 г.

Таким образом, соблюдение всех принципов и подходов, в том числе четырех этапов в лечении и выхаживании глубоко недоношенных детей, в значительной степени способствует адекватной ранней адаптации к условиям социальной среды и в конечном итоге улучшению качества жизни и исходов у детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий, В.Ю. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении / В.Ю. Альбицкий, Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина, Р.Н. Терлецкая // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2010. — № 2. — С.16—21.
2. Дегтярева, М.Г. Пролонгированное катамнестическое наблюдение за глубоко недоношенным ребенком с экстремально низкой массой тела при рождении / М.Г. Дегтярева, О.А. Ворон, О.А. Бабак [и др.] // Вопросы практической педиатрии. — 2006. — Т. 1, № 2. — С.78—82.
3. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие как критерий неврологического здоровья недоношенного ребенка / Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С.7.
4. Моисеева, Т.Ю. ЛФК и массаж в реабилитации недоношенных детей с перинатальной патологией нервной системы / Т.Ю. Моисеева // ЛФК и массаж. — 2002. — № 1. — С.13—15.
5. Яцык Г.В. Выхаживание и ранняя реабилитация детей / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, О.В. Тресорукова // Лечащий врач. — 2007. — № 7. — С.10—12.

## REFERENCES

1. Al'bickii, V.Yu. Smertnost' novorozhdennykh s ekstremal'no nizkoi massoi tela pri rozhdenii / V.Yu. Al'bickii, E.N. Baibarina, Z.H. Sorokina, R.N. Terleckaya // Obschestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie. — 2010. — № 2. — S.16—21.
2. Degtyareva, M.G. Prolongirovannoe katamnesticheskoe nablyudenie za glubokonedonoshennym rebenkom s ekstremal'no nizkoi massoi tela pri rozhdenii / M.G. Degtyareva, O.A. Voron, O.A. Babak [i dr.] // Voprosy prakticheskoi pediatrii. — 2006. — T. 1, № 2. — S.78—82.
3. Keshishyan, E.S. Psihomotornoe razvitie kak kriterii nevrologicheskogo zdorov'ya nedonoshennogo rebenka / E.S. Keshishyan, E.S. Saharova // Lechaschii vrach. — 2004. — № 5. — S.7.
4. Moiseeva, T.Yu. LFK i massazh v reabilitacii nedonoshennykh detei s perinatal'noi patologiei nervnoi sistemy / T.Yu. Moiseeva // LFK i massazh. — 2002. — № 1. — S.13—15.
5. Yacyk G.V. Vykhazhivanie i rannaya reabilitaciya detei / G.V. Yacyk, E.P. Bombardirova, O.V. Tresorukova // Lechaschii vrach. — 2007. — № 7. — S.10—12.

© А.М. Кузнецова, 2013

УДК 614.27(470.41):005.954.6

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ Льготных категорий населения в Республике Татарстан (период 2009—2012 гг.)

*АЛСУ МУНИРОВНА КУЗНЕЦОВА, аспирант кафедры государственного муниципального управления и социологии  
Казанского государственного технологического университета, тел. 8-917-269-64-44*

**Реферат.** В статье отмечается, что в РТ наблюдается положительная динамика демографических показателей, таких как прирост рождаемости и снижение смертности, развитие фармацевтического рынка, увеличение числа и суммы отпущенных рецептов. Произошло увеличение объемов финансирования отрасли здравоохранения, а также системы лекарственного обеспечения льготных категорий населения. Однако имеются рецепты, находящиеся на отсроченном обслуживании, т.е. лекарство больными своевременно не получено, также констатируется факт увеличения на 15% письменных обращений населения в Министерство здравоохранения республики, а на горячую линию — на 18%. Эти факты указывают на наличие нерешенных проблем в лекарственном обеспечении льготных категорий населения.

**Ключевые слова:** лекарственное обеспечение, льготные категории населения, рождаемость, смертность, отсроченное обслуживание, фармацевтический рынок, рецепт, стоимость и число рецептов, финансирование отрасли.

## SOME ASPECTS OF PROVIDING MEDICINES FOR THE POPULATION ENTITLED TO BENEFITS IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN (the period from 2009 to 2012)

*A.M. KUZNETSOVA*

**Abstract.** It is noted in the article that in the Republic of Tatarstan positive dynamics of demographic parameters is being observed an increase in birth rate and a decrease in death-rate, development of the pharmaceutical market, increase in the number and the sum of the filled prescriptions. There happened an increase in volumes of financing the branch of public health service, as well as the system of providing the population entitled to benefits with medicines. However there are the prescriptions being in deferred service, i.e. the medicine has not been received by the patient in proper time. It is also stated that the number of written appeals of the population to the republican Ministry of Health has increased by 15% and to the hot line — by 18%. These facts point out that there are unsolved problems in providing medicines for the population entitled to benefits.

**Key words:** provision of medicines, population entitled to benefits, birth rate, mortality, deferred service, pharmaceutical market, prescription, cost and number of prescriptions, financing of the industry.

Последствия социально-экономических и политических изменений, произошедших в конце XX в., привели к обострению и возникновению большого количества социальных проблем, в том числе лекарственного обеспечения льготных категорий больных. В

последние годы действующая в России программа дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий населения вызывает большое количество нареканий со стороны населения и правительства. В первую очередь несостоятельность этой программы