реалии системы здравоохранения в Украине часто свидетельствуют о том, что положение о бесплатности медицинской помощи в таких учреждениях здравоохранения является декларативной нормой Конституции Украины, не реализуется на практике в полном объеме как классическое право (последнее предполагает наличие возможностей субъекта, за которым это право закреплено, его реализовывать, обязанность других субъектов создавать условия для реализации права и не препятствовать его реализации, а также гарантий реализации права и юридическую ответственность субъектов, посягающих на право). В статье исследуются проблемы правового регулирования и реализации положений о бесплатной медицинской помощи в Украине, а также иллюстрируются модели предоставления такой помощи на примере европейских стран. Отдельно выделяется и анализируется проблематика предоставления бесплатной медицинской помощи беженцам и нелегальным мигрантам.

Ключевые слова: право на охрану здоровья и медицинскую помощь, бесплатная медицинская помощь.

Стаття надійшла 23.06.18 р

However, the modern realities of the health care system in Ukraine often indicate that the provision on free medical care in such health care institutions is the declarative norm of the Constitution of Ukraine, is not implemented in practice as a classic right (the latter presupposes the existence of the capabilities of the subject for which this right is fixed to implement it, the obligation of other subjects to create conditions for the realization of the right and not to hinder its implementation, as well as guarantees of the realization of the right and legal liability of entities infringing the right). The article examines the problems of legal regulation and implementation of provisions on free medical care in Ukraine, and also illustrates the model of providing such assistance on the example of European countries. Separately, the problems of providing free medical assistance to refugees and illegal migrants are highlighted and analyzed.

Key words: the right to health care and medical care, free medical care.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2018-4-66-100-103
УДК 616.1/2 – 053.32'461/462'-021.7

Г.О. Соловйова, В.І. Похилько, С.М. Цвіренко, И.І. Гасюк, Ю.Ю. Климчик
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ АДАПТАЦІЇ ПІЗНІХ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В РАННЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

E-mail: halysol2017@gmail.com

В роботі представлені результати добового моніторування ЕКГ з паралельним записом реопневмограми 22 «пізніх недоношених» дітей, в виходжування яких з першої доби життя використовувався метод «кенгуру» та 20 немовлят, у яких через стан здоров'я матері цей метод був обмеженим. Виявлено періодичне дихання з наявністю респіраторних пауз у всіх «пізніх недоношених» дітей та вірогідно більш виражена електрична нестабільність міокарда у дітей, у яких був обмеженим метод «кенгуру» в ранньому неонатальному періоді.

Ключові слова: «пізні недоношені» діти, постнатальна адаптація, метод кенгуру, реопневмографія, добове моніторування ЕКГ.

Робота є фрагментом НДР «Розробити та впровадити систему медико-психологічного супроводу для новонароджених груп ризику з формування хронічної захворюваності, інвалідності та затримки розвитку» (державний реєстраційний № 0117U004538).

Адаптація недоношених дітей до позаутробного існування складна й вимагає ретельного контролю за всіма життєво важливими параметрами в постнатальному періоді. Загальна незрілість новонародженого в поєднанні з перенесеними метаболічними й гіпоксичними порушеннями «залишає лише вузький коридор» його компенсаторних можливостей. Ранній неонатальний період у недоношених новонароджених характеризується особливою напругою гомеостатичних механізмів і супроводжується встановленням нових форм їх регуляції. Передчасно народжені діти з гестаційним віком 34 (0/7) – 36 (6/7) тижнів відносяться до категорії «пізніх недоношених» дітей або незначно передчасно народжених. Вони при народженні є фізіологічно незрілими, що обумовлює обмеженість їх адаптаційних можливостей та вразливість до виникненню захворювань [1,2].

Згідно з даними Darnall, внаслідок незрілості дихального центру стовбура головного мозку, близько 10% «пізніх недоношених» дітей страждають від патологічного апное [3]. Вони мають вдвічі вищий ризик синдрому раптової дитячої смерті, ніж доношені діти [4]. В гестаційному віці 35 тижнів пізні недоношені діти мають менший об’єм невральних структур і маса їхнього мозку становить близько 60% від маси мозку доношених дітей. Друга половина пізнього фетального періоду, починаючи з 34 тижнів вагітності, є інтенсивним періодом гірифікації, сулькації, аксонального росту та синаптогенезу, в цьому періоді різко зростає кількість борозен, звивин, синапсів, дендритів, аксонів, олігодендроцитів, астроцитів та мікроглії [5-10]. Саме тому вивчення компенсаторно-пристосувальних резервів адаптації «пізніх передчасно народжених» дітей актуально з метою підвищення ефективності виходжування недоношених новонароджених.

© Г.О. Соловйова, В.І. Похилько, 2018

Метою роботи було дослідження особливостей дихального патерну й серцевого ритму «пізніх недоношених» дітей в ранньому неонатальному періоді, використовуючи різні методи виходжування.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 42 недоношених новонароджених в першу добу життя, які перебували у неонатальному стаціонарі Перинатального центру Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського. Гестаційний вік дітей склав 35-36 тижнів. Серед них: 35 тижнів – 19 дітей, 36 тижнів - 23 дітей. Маса тіла при народженні коливалася від 1800 до 2350 грамів. Серед новонароджених хлопчиків було 25 (59%), дівчинок – 17(41%), у тому числі 2 двійні. Критерієм відбору стала відсутність у дітей вроджених вад розвитку, асфіксії при народженні, ознак внутрішньоутробної інфекції та дихальних розладів. Дітей було розділено на дві групи: I група – новонароджені, які з пологового відділення переведені в палату сумісного перебування (n = 22), та II група – новонароджені (n = 20), які за станом матері, в першу добу життя перебували окремо від матері, виходжувалися в режимі ліжечка з підігрівом. Матері передчасно народжених I групи використовували метод «кенгуру», середня тривалість якого протягом доби склала 7,6±0,8 годин, новонароджені II групи впродовж доби мали контакт з матір'ю тільки під час годувань, середня тривалість якого впродовж доби склала 2,1±0,5 годин.

Основним методом дослідження стала реєстрація впродовж першої доби життя тривалої електрокардіограми (ЕКГ) за Холтером з одночасним записом реопневмограми (РПГ), що проводили на апаратно-програмному комплексі «Кардіотехніка 04 - 8 М» (ЗАТ «Інкарт», Санкт-Петербург, Росія). До основних переваг цього методу обстеження відноситься можливість безперервної реєстрації ритму серцевої діяльності й дихальних рухів грудної клітини без створювання додаткових навантажень на організм обстежуваного новонароджненого. Реєстрували 3 канали ЕКГ із системою відведень - V4M, Y, V6M, а також канал інтегральної РПГ в одному відведенні з нижніх відділів обох легенів. Протягом проведення Холтерівського моніторування заповнювався щоденник спостереження, де фіксувалися час сну й неспання, годування, тривалість методу «кенгуру» й інші зміни стану й самопочуття новонародженого. Обробка отриманих даних здійснювалася з використанням програмного забезпечення «КТ Result 2» . Аналіз РПГ полягав у визначенні характеру реопневмографічної кривої при реєстрації дихальних рухів та їх відсутності. Враховували сумарну кількість, тривалість і особливості появи кожної дихальної паузи, визначалися часові й об'ємні показники дихального циклу [11]. Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою пакета ліцензійних програм Microsoft Office 2007, Microsoft Excel 7.0 (Windows XP) та Statistica 7.0 з визначенням середнього значення (M) та похибки середнього (m); вірогідність оцінювали на підставі параметричного критерію t-Student, відхилення вважали достовірним при $p<0,05$.

Таблиця 1

Характеристики дихального патерну «пізніх недоношених» новонароджених в ранньому неонатальному періоді (n=42)

Тривалість респіраторних пауз	I група (n=22) (M±m)	II група (n =20) (M±m)	p
апное до 10 сек	146,01 ± 7,5	237,27 ± 9,6	0,037
апное від 10 до 15 сек	5,8 ± 0,2	11,6 ± 2,1	0,024

M±m - середня кількість епізодів апное протягом доби

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз соматичного анамнезу, особливостей перебігу вагітності та пологів засвідчили, що у всіх матерів мали місце певні відхилення від норми. Серед ускладнень акушерсько-гінекологічного анамнезу найчастіше зустрічалися загроза переривання вагітності на різних термінах - в 49,0% жінок I групи та 50,0% - II групи, плацентарна дисфункція – 63,3% та 60,0%, відповідно, прееклампсія та еклампсія - 40,9% та 35,0%, анемія другої половини вагітності – по 72,0% жінок в кожній групі. Аналіз даних клінічного стану при народженні показав, що всі обстежені діти народилися в задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар на 1-5-й хвилинах життя 7-8 балів, з показниками сатурації впродовж двох годин перебування в пологовому відділенні в межах 90-95%. «Пізні передчасно народжені» діти обох груп мали періодичний тип дихання, який характеризувався наявністю респіраторних пауз тривалістю від 3 до 11 секунд у дітей I групи та від 4 до 16 секунд у немовлят II групи (табл. 1).

Аналіз дихальних патернів, наведених у таблиці 1, довів, що респіраторні паузи до 10 секунд реєструвалися у всіх обстежених «пізніх недоношених» дітей, але з вірогідно більшою кількісною перевагою їх протягом доби у дітей II групи. Апное від 10 до 15 секунд (рис. 1) зустрічалися у 50,0% дітей I групи й 53,8% - II групи без будь-яких клінічних проявів. У кількісному співвідношенні паузи даної тривалості у дітей II групи вірогідно ($p=0,02$) перевищували такі у новонароджених I групи. Епізоди патологічних апное тривалістю більше 20 секунд не були зареєстровані в жодної дитини серед всіх обстежених.

Рис. 1. Періодичне дихання, інтермітуючий варіант у новонародженого Р., маса 2100 г (гестаційний вік 34 тижня).

Аналіз залежності між серцевим ритмом й респіраторними паузами показав, що серед недоношених новонароджених I групи в 72,7% (16 дітей) реєструвалася синусова аритмія з віковими значеннями ЧСС, виникнення синусової брадиаритмії із зменшенням ЧСС до 95-105 за 1 хвилину в 13,6% (3 дітей), причому тільки при паузах більше 10 секунд. У немовлят, які впродовж першої доби після народження виходжувалися без використання методу «кенгуру», виявлені більш виражені порушення ритму серця: міграція суправентрикулярного водія ритму в 25,0% (5 дітей) з епізодами ектопічного ритму із атріовентрикулярного з'єднання в 10,0% (2 новонароджених), синусова брадиаритмія із зменшенням ЧСС до 83-92 за 1 хвилину в 45,0% (9 дітей), і тільки в 50,0%(10 новонароджених) реєструвалися епізоди синусової аритмії без брадикардії. При цьому у всіх випадках відновлення синусового ритму відбувалося після поновлення самостійного дихання.

Рис. 2. Фрагмент ЕКГ (нижня частина) із паралельним записом РПГ (верхня частина) новонародженого С., маса при народженні 1990 г. Клінічний діагноз: Передчасно народжена дитина з малою вагою при народженні, гестаційний вік 35 тижнів, респіраторна пауза до 12 секунд під час сну на «мати-кенгуру».

Як приклад наводимо фрагмент РПГ з одночасною реєстрацією ЕКГ і ритмограми новонародженої дівчинки С. (рис. 2), яка народилися з масою тіла 1990 грамів, термін гестації 35 тижнів в задовільному стані з за шкалою Апгар на 1-й хвилині 8 балів, на 5-й – 8 балів, одразу після народження перебувала в контакті шкура до шкіри з мамою в пологовій залі, а через 2 години переведена до палати сумісного перебування. На ЕКГ новонародженої дитини С. під час сну з використанням положення «мати-кенгуру» звертає на себе увагу регулярний серцевий ритм із ЧСС 149 - 157 за 1 хвилину під час дихальної паузи до 12 секунд, яка на реопневмограмі відображається у вигляді ізолінії.

Висновки

1. Періодичне дихання та респіраторні паузи впродовж першої доби після народження є характерними респіраторними патернами пізніх недоношених дітей. Їх варто розглядати як транзиторне явище, що відображає незрілість дихального центра.

2. Кількість респіраторних пауз протягом доби вірогідно ($p<0,05$) переважала у недоношених немовлят, у яких через стан матері впродовж першої доби життя не застосовувався метод «кенгуру».

3. Аналіз реакції серцевого ритму на респіраторні паузи у обстежених «пізніх передчасно народжених», матері яких використовували метод «мати-кенгуру», виявив відсутність значущих дизритмій.

4. Метод «кенгуру» дає ефект м'якої тактильної стимуляції, це сприяє підтримці оптимальних параметрів серцевого та дихального ритмів.

Перспективи подальших досліджень полягають у тому, що отримані позитивні результати дослідження свідчать про необхідність подальшого вивчення впливу методу «кенгуру» на діяльність серцево-судинної та дихальної систем, стабілізація яких сприяє більш ранній адаптації недоношеної дитини з гестаційним віком 34-35 тижнів до життя в родині.

Список літератури

1. Shunko YeYe, Sirenko OI, Starenkaya SYa. Osobennosti adaptatsii prezhdevremenno rozhdennykh detey s gestatsionnym vozrastom 34 (0/7) – 36 (6/7) nedel v usloviyakh vysokogo perinatalnogo riska. Sovremennaya pediatriya. 2018; 1(89): 103 – 109. [in Russian]
2. Celik IH, Demirel G, Canpolat FE, Dilmen U. A common problem for neonatal intensive care units: late preterm infants, a prospective study with term controls in a large perinatal center. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013; 26(5):459-62. doi: 10.3109/14767058.2012.
3. Darnall RA. The role of CO(2) and central chemoreception in the control of breathing in the fetus and the neonate. Respir Physiol Neurobiol. 2010; 173(3):201-12. doi: 10.1016/j.resp.2010.04.009.
4. Neonatal problems of late and moderate preterm infants / J.B. Gouyon, S. Iacobelli, C. Ferdynus, F. Bonsante //Seminars in Fetal & Neonatal Medicine. — 2012. — Vol. 17. — P. 146—152.
5. Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osiovich H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: a population-based cohort study. Pediatrics. 2009;123(1):109-13. doi: 10.1542/peds.2007-3743
6. Kugelman A. Late Preterm Infants: Near Term But Still in a Critical Developmental Time Period / A. Kugelman, A. Colin // Pediatrics. — 2013. — Vol. 132 (4). — P. 741—751.
7. MacLean JE, Fitzgerald DA, Waters KA. Developmental changes in sleep and breathing across infancy and childhood. Paediatr Respir Rev. 2015; 16(4):276-84. doi: 10.1016/j.prrv.2015.08.002.
8. Williams JE, Pugh Y. The Late Preterm: A Population at Risk. Crit Care Nurs Clin North Am. 2018; 30(4):431-443. doi: 10.1016/j.cnc.2018.07.001.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ АДАПТАЦИИ ПОЗДНИХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Соловьева Г.А., Похилько В.И., Цвиренко С.Н., Гасюк Н.И., Климчук Ю.Ю.

В работе представлены результаты суточного мониторирования ЭКГ с параллельной записью реопневмограммы 22 «поздних недоношенных» детей, в выхаживании которых с первых суток жизни использовался метод «кенгуру» и 20 недоношенных новорожденных, у которых по состоянию здоровья матери этот метод был ограниченным. Выявлено периодическое дыхание с наличием респираторных пауз у всех «поздних недоношенных» детей и достоверно более выраженная электрическая нестабильность миокарда у детей, у которых был ограниченным метод «кенгуру» в раннем неонатальном периоде.

Ключевые слова: «поздние недоношенные» дети, постнатальная адаптация, метод кенгуру, реопневмография, суточное мониторирование ЭКГ.

Стаття надійшла: 23.04.18 р.

FEATURES OF CARDIORESPIRATORY ADAPTATION OF LATER PRETERM INFANTS IN THE EARLY NEONATAL PERIOD

Solovyova G.A., Pokhilko V.I., Tsvirenko S.N., Gasyuk N.I., Klimchuk Yu.Yu.

The paper presents the results of 24-hour ECG monitoring with parallel recording of reopneumogram in 22 “late preterm” infants , who used the “kangaroo” method and 20 preterm newborns in their nursing from the first day of life, in whom this method was limited due to their health condition. Periodic respiration was detected with the presence of respiratory pauses in all “late preterm” infants and a significantly more pronounced electrical instability of the myocardium in infants who had a limited “kangaroo” method in the early neonatal period.

Key words: “late preterm” infants, postnatal adaptation, kangaroo method, reopneumography, 24-hour ECG monitoring.

Рецензент: Ковальова О.М.

DOI 10.26724/2079-8334-2018-4-66-103-108
УДК 614+351.77+(477.86)

O.Ya. Soroka
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk

FEATURES OF PUBLIC HEALTH COVERNMENT REGULATION IN THE CARPATHIAN REGION AS A PART OF POLAND (THE SECOND POLISH REPUBLIC) IN 1919-1939

E-mail: soroka_oxana@ukr.net

Based on the archival, published historical documents and other available information sources, the specifics of public health state regulation in the Carpathian region as part of Poland (1919-1939 years II) (II Rzecz Pospolita, Polish - II Rzeczpospolita, Polska) is found to be a relevant experience for building a modern healthcare system in Ukraine .The change of various socio-economic formations, the Carpathian region’s transfer from the influence of one to another country, significantly influenced the nature of social relations in the region, including health care. It was established that the authorities and public institutions in the field of health care while the Carpathian region being a part of Poland in 1919-1939, in an effort to expand medical care and educational work among the population, in order to prevent diseases and increase life expectancy, started a systematic purposeful work on forming the prevention medicine system and in fact laid the first bricks in the sphere of public health. Their experience and practice is not only of scientific interest, but will also have practical significance for construction of a modern health care system.

Key words: government regulation, public health, Carpathian region, Poland.

Research topicality of the present study is determined by the reorientation of the public health paradigm in Ukraine from the treatment policy to the policy of strengthening and preserving health and preventing diseases, which will change not only the state approaches, but also the consciousness of each person.

© O.Ya. Soroka, 2018