

О.О. Богомольця та Вченої ради ДУ "Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України", Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів і рекомендацією до офіційного затвердження та використання Проблемної комісії МОЗ та НАМН України "Соціальна медицина" видано Концепцію стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я. Метою концепції є створення системи запобігання ризикам невідомої шкоди пацієнтам для забезпечення ефективної реалізації їхнього права на якісну та безпечну медичну допомогу. Реалізація Концепції, якою буде забезпечено імплементацію у національну нормативну базу рекомендацій і положень документів ВООЗ та ЄС щодо безпеки пацієнтів, передбачається протягом 2020-2022 років.

Окремі труднощі безпеки пацієнтів існують в неонатології. В галузі перинатальної безпеки виділяються такі основні і потенційні групи помилок:

1. Помилки в лікарських призначеннях/в повному парентеральному харчуванні.
2. Респіраторна підтримка, помилки асоційовані з вентиляцією, реанімацією.
3. Інфекції, асоційовані зі сферою охорони здоров'я, інвазивні процедури.
4. Помилки при ідентифікації пацієнтів.
5. Діагностичні помилки.

Покращення безпеки пацієнтів у ВІТН може потребувати підходів, відмінних від таких, які використовуються у інших спеціальностях, що робить необхідним створення специфічних неонатологічних програм досліджень. Новонароджені у ВІТН мають унікальні основні захворювання, а обладнання та режими лікування, які при цьому використовуються, не дуже часто розроблені спеціально для лікування таких пацієнтів. Більше того, розміри та незрілість новонароджених роблять їх особливо схильними до пошкоджень, навіть при найменшому відхиленні у техніці безпеки. Таким чином, у неонатологічній практиці немає права на помилку.

Висновки:

- Якість медичної допомоги та безпека пацієнтів в Україні є головною стратегією у сфері охорони здоров'я.
- Локально виділяються пріоритетні напрямки управління ризиками для пацієнтів, особливо в неонатології.
- Необхідним є створення специфічних неонатологічних програм досліджень з безпеки маленьких пацієнтів.
- З метою посилення безпеки пацієнтів важливо проводити навчання на основі інцидентів у сфері безпеки пацієнтів, сприяти розвитку системи звітування про них.

Ключові слова: перинатологія, безпека пацієнтів, новонароджена дитина, перинатальна безпека.

ЗНАЧЕННЯ МІТРАЛЬНОЇ РЕГУРГІТАЦІЇ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПІД ЧАС ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

**Мітюряєва-Корнійко І.О., Кулешов О.В., Чуриліна А.В.,
Глєбова Л.П., Гнилокурченко Г.В., Терлецький Р.В.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова**

На сьогоднішній день пролапс мітрального клапана у дітей займає одну з найактуальніших проблем серед педіатрії та дитячої кардіології. На відміну від інших варіантів малих серцевих аномалій розвитку серця він набуває вагомego медико-соціального значення, зокрема під час допуску дітей до спортивних занять та змагань.

Обстежено 106 дітей з пролапсом мітрального клапана (ПМК), віком від 13 до 17 років. Діти розподілені на групи за ступенем ПМК - 90 з I-м та 16 - з II-м ступенем та за ступенем мітральної регургітації (МР) - 62 без МР (56 дітей з ПМК I ст. та 6 - з ПМК II ст.) та 44 - з МР (34 дітей з ПМК I ст., та 10 - з ПМК II ст.). Проведено доплер-ехокардіографію в спокої та після фізичного навантаження. Детально вивчаючи динаміку змін мітральної регургітації встановлено наступне. Так, в групі з ПМК I ст. у 19 (21,1%) вона з'явилась у дітей без МР після фізичного навантаження, а різниця між середніми значеннями глибини пролабування мітрального клапана (Lсер.) складала +0,6 мм. Дещо з меншою частотою, а саме - у 15 (16,7%) дітей з МР на фоні фізичного навантаження вона посилювалась, з відповідним збільшенням і параметра Lсер. (+1,17 мм). Даних дітей віднесено до групи високого ризику (37,8%). У 14 (15,6%) дітей з МР фізичне навантаження не вплинуло на її зменшення, вона залишилась без змін з майже мінімальними змінами глибини пролабування мітрального клапана (Lсер = +0,02 мм). У 5 (5,6%) дітей з МР мало місце її зникнення з великою різницею глибини пролабування мітрального клапана (Lсер = - 1,86 мм). Даних дітей віднесено до групи середнього ризику (21,1%). У решті 37 (41,0%) дітей з ПМК I ст. була відсутня регургітація в стані спокою та вона не з'явилась під час фізичних прав, як і не було різниці між вихідними та кінцевими середніми значеннями глибини пролабування мітрального клапана (Lсер = 0 мм). Цих дітей віднесено до групи низького ризику.

Діти з ПМК II ст. також мали реакцію серцево-судинної системи, як і діти з ПМК I ст. До групи високого ризику також віднесено

майже однакову кількість дітей з ПМК II ст. (37,5%), в яких посилюлась МР. Групу середнього ризику становили 62,5% дітей з ПМК II ст., у яких МР не змінилась (18,75%) і діти, у яких МР зменшилась (43,75%).

Отже, виходячи з вищенаведеного можна зазначити, що групу ускладнень складають діти не тільки ПМК II ст., як прийнято вважати, але й діти з ПМК I ст. Тобто, у дітей з ПМК I ступеня мали місце варіабельність та неоднозначність реакції серцево-судинної системи, зокрема поява і зникнення МР та глибина пролабування МК. Це підтверджує, що діти з ПМК, незалежно від ступеня, можуть мати високий ризик розвитку ускладнень.

Таким чином, всім дітям з ПМК, незалежно від ступеня, наявності або відсутності мітральної регургітації необхідно проводити ехокардіографію в спокої та після фізичного навантаження для встановлення групи ризику з метою подальшого призначення відповідного диспансерного спостереження.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

¹Мітюряєва–Корнійко І.О., Кулешов О.В., Булат Л.М., Лайко Л.І.

**¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**

Для вивчення впливу фізичного навантаження на стан вегетативного гомеостазу дітей з пролапсом мітрального клапана (ПМК) з урахуванням мітральної регургітації (МР) проведено аналіз спектральних показників варіабельності ритму серця (ВРС) дітей в кількості 44 осіб, зокрема без наявності МР в кількості 24 (54,5%) та з її присутністю - 20 (45,5%). Оцінку ВРС проводили за допомогою кардіоінтервалографії з оцінкою спектральних та часових параметрів. Динаміка показників на фоні фізичного навантаження змінювалась наступним чином. Так, у дітей з ПМК без МР відмічались достовірні зміни ($p < 0,05$) у вигляді збільшення параметрів VLF та LF на 32,7% та 65,5%, відповідно. Це свідчить про посилення симпатичного відділу ВНС з переважанням церебральних впливів регуляції над сегментарними. Аналогічна реакція у вигляді збільшення ($p < 0,05$) параметрів VLF та LF спостерігалась і у дітей з МР, але з більш вираженою динамікою - 40,5% та 85,0%, тобто - більше на 7,8% та 19,5%, ніж у дітей без МР.

Інша картина спостерігалась серед показників, характеризуючих стан парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС). Так, відмічено збільшення ($p < 0,05$) HF на 67%, що свідчить про напруження парасимпатичної ланки ВНС. Проте з появою МР у дітей з ПМК відбувається зменшення парасимпатичного відділу ВНС, тим самим відносно збільшуючи напруження симпатичного, що виражається у зменшенні HF на 9,1%. Підвищення симпатичного тону ВНС також проявляється і в прирості параметра LF/HF на 3,8% в дітей без МР та на 28,0% - з її появою.

Аналіз часових показників ВРС показав зміни, які вказують на підвищення симпатичної ланки ВНС у дітей обох груп. Так, у дітей з ПМК без мітральної регургітації підвищення симпатичного відділу згідно зменшення ($p < 0,05$) SDNN відбулось майже в 2 рази, як і у дітей з мітральною регургітацією. Зміни парасимпатичного відділу ВНС, як і згідно спектральних параметрів, очікувано мали подібну реакцію часових параметрів після фізичного навантаження. Це відображалось у вигляді збільшення rMSSD на 23,2% з достовірною відмінністю ($p < 0,05$) відносно вихідних даних, тоді як поява мітральної регургітації призвела до зменшення парасимпатичного впливу на серцевий ритм - зменшення даного параметра на 24,3%, тим самим посприяла посиленню симпатичних впливів, відповідно. Показник pNN50 має тенденцію до змін відповідно до rMSSD, але без статистично значущих відмінностей.

Таким чином, у дітей з ПМК при відсутності мітральної регургітації має місце неоднозначність та варіабельність змін параметрів, які відображають стан відповідної ланки ВНС, що супроводжується напруженням обох відділів як симпатичного, так і парасимпатичного. Однак із появою мітральної регургітації в дітей з ПМК відбувається посилення симпатичного відділу ВНС і тенденція до послаблення парасимпатичного.

СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ НА ФОНІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

¹Мітюряєва–Корнійко І.О., Кулешов О.В., Медражевська Я.А., Черепакіна Л.П., Фік Л.О.

**¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**

Обстежено 106 дітей з пролапсом мітрального клапана (ПМК), серед яких 90 - з ПМК I ст., та 16 - з ПМК II ст. Проведено доплерокардіографію з аналізом основних морфологічних та гемодинамічних показників в спокої та після фізичного навантаження в