

Ю.Б. Яценко<sup>1</sup>, О.Г. Буряк<sup>2</sup>, І.Е. Заболотна<sup>1</sup>

## ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕГРОВАНИХ СИСТЕМ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ У КРИТИЧНИХ СТАНАХ

<sup>1</sup> Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України, м. Чернівці, Україна

Розвиток новітніх технологій в інтенсивній терапії, модернізація методологічних і тактичних підходів до лікування хворих у критичних станах разом з удосконаленням медичної техніки дозволили зменшити летальність, але постає проблема впровадження в клінічну практику процесу прогнозування, що дає можливість об'єктивного вибору лікувальної тактики, оцінки ефективності та економічного обґрунтування доцільності того або іншого методу терапії, а також підвищує надійність планування ресурсів охорони здоров'я. Оцінка тяжкості стану пацієнта залишається недосконалою попри понад дванадцятирічну історію існування спеціальних інтегральних шкал.

**Мета** – оцінити тяжкість стану, агресивність та інвазійність лікування, а також передбачуваний ризик смерті в новонароджених у критичному стані з дихальними розладами.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Дослідження проведено серед 84 доношених новонароджених із дихальним дистресом на тлі різної неонатальної патології. Інвазійність та агресивність лікування оцінювали за шкалою NTISS (Neonatal Therapeutic Intervention Scoring). Тяжкість стану новонароджених оцінювали за шкалою Score for Neonatal Acute Physiology (SNAP II and SNAPPE II) із наступним обчисленням передбачуваного ризику розвитку летального результату. Адаптаційні можливості новонародженого оцінювали за допомогою шкали Апгар на першій і п'ятій хвилині після народження. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням статистичної програми Statistica v5.5A.

*Дата надходження до редакції 19.10.2018 р.*

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За результатами оцінки стану новонароджених на момент госпіталізації до відділення інтенсивної терапії за шкалою SNAP II and SNAPPE II середній показник склав  $21,4 \pm 2,55$  бала, що відповідає передбачуваний летальності 3,8%. За результатами оцінки за шкалою NTISS (середній показник склав  $22,4 \pm 0,2$  бала) новонароджені групи спостереження були в стані III класу тяжкості та агресивності лікування. Встановлено кореляційний зв'язок між показником передбачуваної летальності новонароджених (кількість балів за шкалою SNAP II and SNAPPE II) і насиченням киснем суміші, яку вдихує дитина ( $r=0,751$ ;  $p<0,001$ ), що підтверджує несприятливий вплив надмірних концентрацій кисню. Також встановлено негативний кореляційний зв'язок між показником передбачуваної летальності новонароджених і кисневим статусом ( $r=-0,520$ ;  $p=0,005$ ) за показником оксигенації капілярної крові. Виявлено зворотний кореляційний зв'язок між показниками агресивності та інвазійності лікування в новонароджених групи спостереження та характеристиками їх стану за шкалою Апгар на 1-й ( $r=-0,800$ ;  $p<0,001$ ) і 5-й хвилині ( $r=-0,750$ ;  $p<0,001$ ).

### ВИСНОВКИ

Під час інтенсивної терапії новонародженим із тяжкою дихальною недостатністю слід уникати застосування надмірних концентрацій кисню. У неонатальній практиці доцільно застосовувати стандартизовані шкали оцінки тяжкості стану з метою прогнозування результатів лікування. Об'єктивна оцінка тяжкості стану є необхідним інструментом для прийняття рішення про тактику ведення хворого, адекватність наданої терапії та якість наданої медичної допомоги.