

# W trosce o najmłodszych

Adam Majewski



for: Draeger

Od ponad 20 lat polscy specjaliści opieki neonatologicznej pracują nad poprawą losu wcześniaków. Standardy opieki nad najmłodszymi określane w kolejnych dokumentach są na europejskim poziomie. W praktycznych działaniach wciąż jednak jesteśmy w ogniu Europy.

Na świecie rocznie umiera około miliona noworodków. Według raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju „OECD Health Data 2011” w 2009 r. wskaźnik śmiertelności noworodków wyniósł w Polsce 5,6 na 1000 urodzeń. Z krajów UE wyższy (5,7) ma tylko Portugalia. W większości państw

wskaźnik ten oscyluje około 3. Najniższy – 1,8 – osiągnięto w Islandii.

Jednym z głównych czynników zwiększających śmiertelność i zachorowalność najmłodszych pacjentów jest wcześniactwo, czyli przyjście na świat przed 37. tygodniem ciąży. Noworodek o masie poniżej

1500 g jest 200-krotnie bardziej narażony na zgon w pierwszym roku życia w porównaniu z dzieckiem urodzonym z masą powyżej 2500 g. Dodatkowo u wcześniaków 10-krotnie zwiększa się ryzyko rozwoju zmian neurologicznych, częściej występują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym, zaburzenia widzenia i słuchu, przewlekłe choroby płuc. Wcześnieactwo stanowi w Polsce najczęstszą przyczynę zgonów noworodków (47 proc.). Śmiertelność noworodków u nas jest tak wysoka między innymi dlatego, że w Polsce walczy się o życie nawet noworodków o masie 500 g, które przyszły na świat w 22.–23. tygodniu ciąży. Wskaźnik przeżycia tych dzieci to zaledwie 2 proc. Dodatkowo polska tradycja i restrykcyjne prawo ograniczają możliwość aborcji, czego rezultatem, pozostawiając na boku kwestie etyczne, jest wysoki wskaźnik narodzin wcześniaków z poważnymi schorzeniami wrodzonymi, co zwiększa prawdopodobieństwo zgonu.

W Europie co roku rodzi się pół miliona wcześniaków, w Polsce ok. 24 tys. (raport „Too Little, Too Late? Why Europe should do more for preterm infants” z 2008 r.). Średni wskaźnik przedwczesnych porodów w Europie to 7,1 proc. W Polsce mieścimy się w górnej granicy średniej ze wskaźnikiem na poziomie ok. 6,8 proc. Ogromna większość polskich dzieci, które przyszły na świat przed czasem, to maluchy urodzone po 32. tygodniu ciąży.

### Wzorowo na papierze

Od 1989 r. autorytety medyczne oraz instytucje i organy zajmujące się służbą zdrowia i opieką nad dziećmi i matkami wypracowują nowe programy i zalecenia, których przestrzeganie ma poprawić opiekę nad kobietami w ciąży oraz wcześniakami. W prace mające zmienić polską neonatologię zaangażowane są m.in.: niedawno otwarty Departament Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia, Krajowy Konsultant ds. Neonatologii, Instytut Matki i Dziecka, Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej oraz Polskie Towarzystwo Neonatologiczne.

Pierwszym ważniejszym dokumentem był opracowany we wczesnych latach 90. przez zespół lekarzy pracujących na zlecenie Ministerstwa Zdrowia „Program poprawy opieki perinatalnej w Polsce”. Jego głównym celem było ograniczenie śmiertelności noworodków. Później pojawiały się kolejne programy i zalecenia, ale sposób ich wdrożenia i praktyczne zastosowanie bardzo krytycznie ocenił Rzecznik Praw Obywatelskich w raporcie „Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce” z 2008 r.

Stwierdzono w nim m.in.: *Z przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich analiz wynika, że jest jeszcze wiele do zrobienia, aby w całym kraju opieka nad kobietą w wieku rozrodczym, nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz opieka nad noworodkiem była łatwo dostępna, kompetentna i udzielana w stosownym czasie, bez opóźnień, a promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń i chorób uzyskała rzeczywisty, a nie tylko deklarowany, priorytet.*

Rzecznik zarzuca m.in., że w 2001 r. zaprzestano realizacji programu optymalizacji opieki okołoporodowej. Podkreśla też, że konkretnych zadań realizacyjnych nie zawierają ani Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004–2013, ani kolejny, na lata 2007–2015. Nie został też wdrożony zapowiadany przez Radę Ministrów program przepływu informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem.

Mimo krytyki Rzecznika Praw Obywatelskich obowiązującym dokumentem jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Określa on poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem jako jeden z priorytetów polskiej służby zdrowia. Zaznaczono w nim też jasno cele do osiągnięcia do 2015 r., m.in. obniżenie: wskaźnika wcześniactwa – z 6,4 proc. do 5,5 proc.,

„ U wcześniaków 10-krotnie zwiększa się ryzyko zmian neurologicznych, częściej występują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym, zaburzenia widzenia i słuchu, przewlekłe choroby płuc ”

umieralności okołoporodowej z 8,6/1000 do 6,0/1000 urodzeń oraz umieralności noworodkowej wczesnej z 3,7/1000 do 3,0/1000 urodzeń żywych.

Standardy opieki położniczej, porodowej, poporodowej oraz nad noworodkami określił ostatnio także specjalny zespół ekspertów do spraw opracowania projektu standardu opieki okołoporodowej działający przy Ministerstwie Zdrowia.

– *Mimo że neonatologia jest uważana za priorytet w Polsce, nie przekłada się to na praktyczne działania* – stwierdziła prof. Maria Katarzyna Kornacka, mazowiecki konsultant ds. neonatologii, członkini Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, w raporcie „Too Little, Too Late? Why Europe should do more for preterm infants” z 2008 r.

Poza oczywistymi tragediami, jakimi są śmierć i ciężkie choroby wcześniaków, przedterminowe urodzenia to także duży problem finansowy. Koszt opieki nad dziećmi urodzonymi z masą ok. 600 g może przekraczać nawet 650 tys. zł. Tymczasem neonatologia wciąż zmagają się z wieloma problemami. Mimo że wprowadzono 3-stopniowy system opieki perinatalnej, uzależniający stopień opieki nad maluchami i ich matkami od zagrożenia ciąży, to wciąż dostęp do najbardziej wyspecjalizowanych placówek (tych opiekujących się m.in. wcześniakami) jest

ograniczony. Jedynie 39 wśród 421 oddziałów neonatologicznych ma status wysokospecjalistycznych centrów perinatalnych.

– *Pomimo że oficjalnie mamy 3-stopniowy system opieki, to nadal nie ma organu nadzorującego, który by kontrolował i koordynował jego funkcjonowanie* – zauważyła już 4 lata temu prof. Ewa Helwich, konsultant krajowy ds. neonatologii.

Na oddziałach neonatologicznych brakuje inkubatorów, pomp infuzyjnych, kardiomonitorów, a w wysokospecjalistycznych centrach perinatalnych – respiratorów czy sprzętu do monitorowania funkcji życiowych. Niewystarczająca jest też liczba wykwalifikowanych neonatologów oraz pielęgniarek. Braki potwierdzają praktycy działający na rynku:

– *Polskie oddziały intensywnej terapii noworodka są bardzo zróżnicowane zarówno pod względem wyposażenia, jak i stosowanych procedur medycznych. Zdecydowanie najlepiej wyposażone i najbliższe standardów europejskich są oddziały kliniczne, ale na oddziałach niższych referencyjności można coraz częściej obserwować pozytywne zmiany. Niestety, biorąc pod uwagę całokształt, wciąż trudno jest porównywać wyposażenie polskich oddziałów z ich odpowiednikami w krajach zachodnich* – uważa Małgorzata Szetela, ekspertka z Dräger Polska sp. z o.o., jednego ze światowych liderów technologii medycznych. – *Dzięki funduszom europejskim czy finansowaniu z funduszy norweskich wiele oddziałów noworodkowych dokonało gruntownych renowacji i wymian sprzętowych. Do świadomych zakupów konieczne jest jednak zrozumienie fundamentalnych założeń prowadzenia opieki nad noworodkami oraz najnowszych rozwiązań, które ją wspierają. Tymczasem wciąż podczas zakupów klienci wyposażający oddziały intensywnej terapii noworodka skupiają się na pojedynczych urządzeniach, zamiast – jak to się odbywa w krajach rozwiniętych – inwestować w rozwiązania kompleksowe, zapewniające na równi najwyższy poziom terapii, integrację informacji o pacjencie oraz optymalizację pracy* – dodaje.

## Przebudzenie Europy

Trudności w opiece nad wcześniakami nie dotyczą tylko Polski. Dopiero od kilku lat podejmowane są działania o charakterze ogólnoeuropejskim mające na celu redukcję wcześniactwa i wynikającej z niego śmiertelności noworodków. Bardzo dużą rolę w inicjowaniu tych działań odgrywa EFCNI – Europejska Fundacja na Rzecz Opieki nad Noworodkami. Opracowała ona m.in. raport porównawczy dotyczący 13 krajów europejskich. W 2010 r. przedstawiła go w Parlamencie Europejskim. W efekcie 17 listopada 2011 r. był pierwszym Światowym Dniem Wcześniaka.

W prace nad opieką nad wcześniakami bardzo angażuje się koncern Dräger.

– *Ujednolicenie poziomu wyposażenia oddziałów jest bezpośrednio związane z zapewnieniem jednakowej opieki wszystkim obywatelom i może być zrealizowane jedynie*

*poprzez stosowne regulacje prawne. Konieczność ich wprowadzenia dotyczy wszystkich krajów Unii Europejskiej, dlatego koncern Dräger wspiera EFCNI w realizacji inicjatywy „ene, mene, mini. Co dziesiąty noworodek jest wcześniakiem. Na całym świecie”. W jej ramach 23 listopada 2011 r. został ogłoszony w Parlamencie Europejskim apel o działania na rzecz zdrowia noworodków („W trosce o jutro: Biała księga EFCNI na temat macierzyństwa i zdrowia noworodków, a także opieki poporodowej”), w którym EFCNI oraz europejskie organizacje rodzicielskie wzywają Unię Europejską i polityków nią rządzących, pacjentów, rodziców, przedstawicieli służby zdrowia i całą opinię publiczną do zjednoczenia i współpracy, która zapewniłaby każdemu nowo narodzonemu dziecku w Europie najlepszy start. Inicjatywę można wesprzeć, oddając głos na stronie [www.enemenemini.eu](http://www.enemenemini.eu) – mówi Małgorzata Szetela.*

Koncern od 60 lat wspiera także opiekę neonatologiczną, oferując sprzęt wyznaczający nowe standardy w tej dziedzinie. Jako dostawca rozwiązań systemowych oferuje pomoc w projektowaniu oraz organizacji całych oddziałów noworodkowych. Dostarcza oraz zapewnia pełną integrację systemów zasilania gazami medycznymi, systemów architektury, urządzeń terapeutycznych (respiratory, inkubatory czy pompy infuzyjne), monitorów pacjenta, centrali nadzorujących oraz systemów integracji informacji o pacjencie. Działania koncernu nie kończą się z dniem uruchomienia oddziału, ponieważ dla wszystkich oferowanych przez siebie rozwiązań zapewnia on pełne zaplecze serwisowe i szkoleniowe oraz najwyższej klasy akcesoria.

– *W zależności od potrzeb oddziału możemy dostarczać odpowiednio dopasowane rozwiązania systemowe, jak również pojedyncze urządzenia, takie jak: monitory pacjenta, stanowiska resuscytacyjne, respiratory, inkubatory zamknięte, inkubatory otwarte, lampy do fototerapii, bilirubinometry, inkubatory transportowe, kolumny, aparaty do znieczulania czy akcesoria noworodkowe. Kluczowymi elementami systemowych rozwiązań dla noworodków są inkubatory zamknięte, otwarte oraz stanowiska resuscytacyjne* – podkreśla Małgorzata Szetela.

Wśród inkubatorów otwartych największym powodzeniem cieszą się stanowiska Babytherm 8010 ze względu na uniwersalność ich zastosowania. Wyposażone w ogrzewanie promiennikowe oraz zintegrowany podgrzewany materacyk są znakomitym wyborem zarówno dla oddziałów noworodkowych, jak i bloków operacyjnych.

– *Dla najmniejszych pacjentów najczęstszym wyborem są inkubatory zamknięte Caleo – gwarantujące najwyższy poziom terapii cieplnej, tlenowej oraz najbezpieczniejszy (praca oparta na jednorazowych workach) system nawilżania. Wyjątkowość inkubatora Caleo wynika również z jego przystosowania do prowadzenia opieki według zasady Developmental Care. Minimalizacja stresu oraz ułatwienie budowania więzi dziecka z rodzicami były priorytetami podczas projektowania tego inkubatora* – zapewnia Małgorzata Szetela. ■