

ПОГОДЖУЮ
Міністр охорони здоров'я України

Ю. В. Поляченко
« 12 » _____ 2007 р.



ЗАТВЕРДЖУЮ
Керівник Державного управління справами

І. І. Тарасюк
« 14 » _____ 2007 р.



**Медичне завдання
на проектування**

**Всеукраїнського центру охорони здоров'я
матері і дитини**

Київ 2007 р.

ПЕРЕДМОВА

Економічні, соціальні, екологічні та інші труднощі, які доводиться долати на етапі становлення нашої держави, не могли не позначитись на стані здоров'я підростаючого покоління. Зокрема, спостерігається зниження стану здоров'я новонароджених, немає тенденції до зменшення поширеності тяжкої хронічної патології, залишається високим рівень онкогематологічних та онкологічних захворювань, інвалідності серед дитячого населення. Впродовж останніх 2 років відмічається підвищення показників дитячої смертності.

В епіцентрі уваги нашого суспільства має бути здоров'я дітей та підлітків зараз та в майбутньому. Крім того, подальші зусилля органів і закладів охорони здоров'я щодо материнства і дитинства мають бути спрямовані на впровадження ефективних медико-організаційних технологій, забезпечення здорового старту життя новонароджених тощо.

З метою покращання ситуації в системі охорони материнства та дитинства в Україні було видано Указ Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення».

На виконання згаданого Указу Президента України Кабінетом Міністрів України прийнято Постанову від 25 травня 2006 року № 722 «Про утворення Всеукраїнського центру охорони здоров'я матері і дитини» (далі – Всеукраїнський центр).

У пояснювальній записці до Указу Президента вказано, що проведення необхідного будівництва сучасного європейського рівня лікувального закладу дасть змогу створити багатoproфільну дитячу лікарню, сконцентрувати кадрові та матеріальні ресурси, упровадити високоефективні технології та забезпечити високий рівень лікувально-діагностичного процесу.

20 січня 2006 року було проведено засідання робочої групи у складі 15 осіб: заступника Міністра охорони здоров'я України, керівництва Державного управління справами, провідних фахівців та головних спеціалістів Міністерства охорони здоров'я України

Було обговорено 3 пропозиції:

Український центр дитячої онкології,

Український перинатальний центр,

Національний центр охорони здоров'я матері та дитини (по 300 ліжок кожний).

Останній варіант був вибраний як найоптимальніший та найбільш необхідний, оскільки в ньому поєднуються всі складові – загальна педіатрія та хірургія, онкологія, онкогематологія, перинатальний центр.

16 березня 2006 року Голова Наглядової ради Міжнародного благодійного фонду «Україна 3000» К. М. Ющенко, закладаючи капсулу, де буде збудовано Всеукраїнський центр, сказала: «Сьогодні ми робимо перший крок для того, щоб здійснити найбільшу мрію – збудувати сучасну, найкращу в Європі лікарню для дітей України».

19 жовтня 2006 року на III Конгресі педіатрів України «Сучасні проблеми клінічної педіатрії» було одностайно прийнято відповідну резолюцію щодо підтримки ідеї створення Центру всіма дитячими лікарями нашої країни.

Призначення Всеукраїнського центру – надання висококваліфікованої діагностичної та лікувальної стаціонарної та амбулаторно-консультативної медичної допомоги дітям з усієї країни із застосуванням прогресивних технологій.

Мета проекту:

покращання здоров'я дітей та матерів як важливої складової забезпечення соціально-економічного потенціалу України шляхом створення дитячого лікувального закладу сучасного європейського рівня.

Завдання:

будівництво унікальної дитячої лікарні, оснащеної сучасним медичним обладнанням та організація клінічної бази, яка забезпечить спеціалізовану та високотехнологічну допомогу дітям і матерям України;

упровадження прогресивних новітніх технологій (лікувально-діагностичних, освітніх) на підставі науково-доказової медицини та вдосконалення існуючих методик діагностики та лікування;

створення науково-освітнього центру підготовки лікарів-педіатрів;

інтеграція України в світове медичне співтовариство.

Проблеми, що впливають із поставлених завдань та потребують подальшого розв'язання:

удосконалення нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, зокрема, прийняття закону про «Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» тощо.

Очікувані результати:

задоволення потреб дітей з усієї країни в ефективній, якісній та високоспеціалізованій медичній допомозі, зокрема за тими станами, які на сьогоднішній день в Україні не лікуються;

зниження показників смертності та інвалідизації дітей, удосконалення медичного обслуговування і подальший розвиток високотехнологічних видів педіатричної допомоги;

раціональне використання ресурсів наявних закладів та установ (обласні та міські дитячі лікарні, профільні інститути) та ефективне використання коштів

створення референс-центру для закладів охорони здоров'я III рівня.

Медичне завдання є основою Медичної програми та підставою для передпроектних робіт і подальшого проектування медичного комплексу в місті Києві.

Опис проекту

Всеукраїнський центр буде багатoproфільним дитячим лікувально-профілактичним закладом IV рівня на 260 ліжок, що складається з вузькоспеціалізованих високотехнологічних відділів.

Місце будівництва – місто Київ.

Площа – 10 га.

Кількість ліжок – 260.

Пансіонат – 50 ліжок.

Кількість поверхів – не більше 5.

Початок будівництва – 2009 рік.

Початок роботи Центру – 2012 рік.

Тип лікарні – багатoproфільна дитяча лікарня III рівня.

7 операційних залів.

Денний стаціонар.

Референс-центр для деяких видів лікувально-діагностичної допомоги.

У складі Всеукраїнського центру передбачено:

1. Стаціонар:

1.1. Перинатальний центр.

1.1.1. Акушерське відділення.

1.1.2. Неонатальне відділення.

1.2. Відділення онкогематології.

1.3. Відділення трансплантації кісткового мозку.

1.3.1. Спеціалізована діагностично-дослідна лабораторія.

1.4. Відділення дитячої онкології.

1.4.1. Відділення онкологічної нейрохірургії.

1.4.2. Відділення солідних новоутворень.

1.5. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

1.6. Хірургічне відділення.

1.7. Операційний блок.

1.7.1. В Перинатальному центрі.

1.7.2. Загальні операційні.

1.8. Загальнопедіатричне відділення.

1.9. Медико-генетичне відділення

2. Консультативно-діагностичне відділення

- 2.1. Блок кабінетів лікарів-консультантів
- 2.2. Блок приміщень функціональної діагностики
- 2.3. Лабораторний комплекс

- 3. Приймальне відділення з відділенням невідкладної медичної допомоги**

- 4. Відділення функціональної діагностики**

- 5. Радіологічний комплекс**

- 6. Відділення трансфузіології (банк крові)**

- 7. Патолого-анатомічне відділення**

- 8. Аптечний-розподільчий пункт**

- 9. Науково-клінічний центр**

- 10. Адміністративна й загально-управлінська частина**
 - 10.1 Організація (адміністративна структура) роботи відділень
 - 10.2 Підбір кадрів

- 11. Пансіонат на 50 місць**

- 12. Службові й побутові приміщення**

Проектування Всеукраїнського центру необхідно виконати з урахуванням сучасних вимог (за аналогією з кращими закордонними клініками), а також санітарно-гігієнічних, протипожежних та енергозберігаючих нормативів.

1. СТАЦІОНАР

1.1. ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР

Обґрунтування необхідності створення Перинатального центру

Основна проблема у сфері репродуктивного здоров'я – висока малюкова та материнська смертність, значна кількість ускладнень під час вагітності та пологів. Результати аналізу свідчать, що ризик материнської та дитячої патології значно підвищується у зв'язку з незадовільним станом здоров'я вагітних. Це є причиною великої кількості ускладнених пологів. Саме хвороби, що виникають у перинатальному періоді (98,2 % захворюваності

новонароджених), негативно впливають на рівень захворюваності дітей віком до 14 років та дитячої інвалідності.

Серед причин *малюкової смертності* 2/3 випадків складають захворювання, які є наслідком стану здоров'я матері впродовж вагітності та пологів (вроджені вади розвитку та окремі стани, що виникають під час вагітності та пологів). Зокрема, у 2005 році в структурі смертності дітей віком до 1 року в Україні патологія перинатального періоду складала 42,0 %, вроджені вади розвитку – 28,1 %.

Сучасні перинатальні технології дають змогу значно зменшити кількість необґрунтованих медичних втручань та зменшити рівень захворюваності та смертності новонароджених.

У 2005 році збільшилась кількість дітей, народжених з масою тіла 500 – 1499 г (2 575 дітей, у той час як у 2004 році – 2 360 дітей). Протягом 2005 року зросла неонатальна смертність на 11 %, рання неонатальна смертність – на 11,2 %, перинатальна смертність – на 10%, малюкова – на 10,4 %.

Такі високі показники *ранньої неонатальної смертності* свідчать про низький рівень діагностики стану плоду, народження дитини у стані декомпенсації внаслідок хронічної гіпоксії та асфіксії, морфо-функціональної незрілості, народження дітей із множинними вродженими вадами розвитку, в тому числі несумісними з життям.

Серед причин *смертності новонароджених* у 2005 році переважають: синдром респіраторного розладу, вроджені аномалії розвитку, внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія в пологах та інші стани, що виникли в перинатальному періоді.

Отже, рівень малюкової захворюваності і смертності, а також стан здоров'я дітей раннього віку визначається репродуктивним здоров'ям нації, ефективним перинатальним та неонатальним доглядом та кваліфікованою медичною допомогою в разі потреби вагітним, роділлям та новонародженим.

Структура неонатальної смертності (за 2005 рік):

синдром респіраторного розладу та інші респіраторні порушення – 281 випадок;

вроджені аномалії розвитку – 265 випадків;

внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія в пологах – 133 випадки;

вроджена пневмонія – 114 випадків;

внутрішньошлункові крововиливи – 88 випадків;

інфекції перинатального періоду – 82 випадки;

пологова травма – 22 випадки.

Причини малюкової смертності за 2005 рік:

I місце – окремі стани, що виникли в перинатальному періоді (42 %);

II місце – вроджені та аномалії розвитку, зокрема, множинні вади розвитку (28 %);

III місце – інші хвороби.

У структурі захворюваності новонароджених:

I місце – внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія в пологах – 29 870 дітей;

II місце – сповільнений ріст;

III місце – пологова травма;

IV місце – вроджені аномалії розвитку – 9 465 дітей.

Таким чином, резервом зниження смертності та захворюваності новонароджених є покращення стану діагностики внутрішньоутробного плода щодо своєчасного виявлення дистрес-синдрому плода та вроджених вад розвитку, впровадження сучасних перинатальних технологій щодо ведення пологів. Тут важливе значення має тісна співпраця акушерів та неонатологів під час перинатального ведення плоду і вагітної високого ризику.

Шляхи підвищення ефективності лікувально-профілактичної допомоги новонародженим:

регіоналізація перинатальної допомоги, організація перинатальних центрів на рівні області з відповідним забезпеченням та оснащенням;

створення Перинатального центру – клінічної структури IV рівня, котра надавала б можливість гарантованого та своєчасного доступу до високоспеціалізованої допомоги дітям та матерям і забезпечувала б ефективну міжсекторальну взаємодію акушерства та неонатології.

Доцільність створення Перинатального центру обумовлена такими причинами:

1. у державі немає єдиного медичного комплексу, який включав би пологове відділення для жінок з антенатально діагностованими вродженими вадами розвитку плоду, з невиношуванням та реус-конфліктною вагітністю, а також відділення хірургії новонароджених та відділення другого етапу виходжування новонароджених;

2. більшість обласних дитячих лікарень не можуть повністю забезпечити висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу новонародженим із вродженими аномаліями розвитку, які потребують хірургічної корекції, а також із важкою перинатальною патологією.

Відбір пацієнтів та перелік показань для госпіталізації в Перинатальний центр:

вагітні з діагностованими аномаліями розвитку плоду, що потребують хірургічної корекції;

новонароджені з важкою перинатальною патологією.

Госпіталізація новонароджених буде здійснюватись за направленнями обласних неонатологів у випадках тяжкої перинатальної патології та за відсутності можливостей надання спеціалізованої медичної допомоги новонародженому на рівні обласної дитячої лікарні.

Також у Перинатальному центрі будуть лікуватись новонароджені (недоношені), які тут народились та потребують інтенсивної терапії, лікування та виходжування.

Структура Перинатального центру:

1.1.1. АКУШЕРСЬКЕ ВІДДІЛЕННЯ, у складі якого:

- 10 допологових ліжок;
- 10 післяпологових ліжок;
- 5 індивідуальних одномісних пологових палат;
- 3 пологові зали;
- 2 операційні (в тому числі для кесаревого розтину);
- 3 ліжка інтенсивної терапії породіль.

Передбачаються транспортні кувети з акумуляторами та подачею кисню для транспортування дитини в неонатальний блок.

Після нормалізації стану породілля виписується із стаціонару. У разі, якщо дитина потребує тривалого перебування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених, породілля може бути переведена до пансіонату.

1.1.2. НЕОНАТАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ на 30 ліжок (територіально знаходиться безпосередньо біля акушерського відділення і включає):

- ліжка інтенсивної терапії новонароджених
- ліжка реанімації новонароджених.

Це відділення має бути укомплектовано реанімаційними столиками, куветами, апаратами штучної вентиляції легенів, інфузоматами, неонатальними ліжками, моніторами тощо;

Має бути приміщення для зберігання переносної апаратури (кувезів, неонатальних ліжок, апаратів штучної вентиляції легенів, рентген-апарата, ламп фототерапії тощо).

Кувети та неонатальні ліжечка мають буди всі на колесах і розгортатися у разі потреби.

Очікуване навантаження:

- пологи – 700-800 на рік;
- кесарський розтин – близько 25-35% від загальної кількості пологів.

Поточне робоче навантаження:

- середній термін перебування:
 - для доношених новонароджених – 5-7 днів;
 - для недоношених – 7-30 днів.
- операцій за місяць у новонароджених із вродженими аномаліями розвитку – 15-20 операцій.

1.2. ВІДДІЛЕННЯ ОНКОГЕМАТОЛОГІЇ на 50 ліжок, включаючи ліжка денного перебування (25 ліжок).

Обґрунтування необхідності онкогематологічного відділення

Щорічно в Україні захворює на лейкоз 250-300 дітей (80% – гострий лімфобластний лейкоз, 20% – гострий мієлолейкоз).

Біля 30% із них (100 дітей щорічно) мають рецидив і переважна більшість потребує аlogenної трансплантації кісткового мозку для отримання шансів на одужання (від 30 до 70%). Із них 25 % (біля 25 дітей) мають родинного HLA-ідентичного донора і можуть отримати аlogenну трансплантацію кісткового мозку (ТКМ) в Україні, а біля 75% (75 дітей), хворих на гострий лімфобластний лейкоз, є потенційними кандидатами для аlogenної ТКМ за межами України.

Діти, хворі на гострий мієлолейкоз, можуть отримати хіміотерапію (ХТ) в Україні (рівень одужання = 50%), а решта хворих потребують лікування за кордоном (алогенна ТКМ) – до 20 дітей щорічно.

20 дітей, хворих на лімфогранулематоз та неходжкінські лімфоми, змогли отримати лікування тільки за межами України.

За загальними розрахунками, біля 200 дітей щорічно можуть потребувати трансплантації кісткового мозку за межами України (гострий лейкоз, мієлодиспластичний синдром, вроджені апластичні анемії, тяжкі вроджені імунодефіцити, захворювання із вродженим порушенням обміну речовин тощо).

Єдина лабораторія тканинного типування у структурі Наукового центру радіаційної медицини АМН України Київського міського центру ТКМ досі не пройшла акредитації за міжнародними стандартами, і тому не може бути базою реєстру неродинних донорів. Спеціалізоване відділення Центру дитячої онкогематології і ТКМ Української дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» та Київський міський центр ТКМ не мають акредитації у відповідних міжнародних структурах (ЕВМТ) для виконання аlogenної трансплантації від неродинного донора (це є необхідною умовою для отримання трансплантантів з-за кордону).

В «Охматдит» за останні 7 років виконано 92 ТКМ, зокрема 28 аlogenних ТКМ від родинних донорів. Загальне 3-річне виживання цих хворих після ТКМ становить 76%.

Служба дитячої онкогематології (ДОГ) і трансплантації кісткового мозку (ТКМ) має бути у Всеукраїнському центрі з огляду на те, що саме діти з онкогематологічною патологією наразі не завжди та не в усіх регіонах України можуть отримати адекватне сучасним міжнародним (а тепер вже й вітчизняним) стандартам лікування. У першу чергу це стосується пацієнтів із гострою мієлоїдною лейкемією, гострою лімфобласною лейкемією групи високого ризику, неходжкінськими зрілоклітинними лімфомами. У цьому аспекті особливої уваги потребують пацієнти, які мають абсолютні показання до трансплантації кісткового мозку (зокрема хворі з не-онкогематологічною

патологією, а саме: онкологічні захворювання IV стадії та в рецидиві, вроджені імунodefіцити та порушення обміну речовин, тяжкі форми аутоімунних хвороб). Серед них у першу чергу ті, які потребують трансплантації від неродинних сумісних та родинних частково сумісних донорів: наразі саме вони складають значну частину контингенту дітей, які мають показання для направлення на лікування за кордон.

Перелік показань до госпіталізації:

онкологічні захворювання дітей:

гострі мієлоїдні лейкемії, вперше виявлені та (або) в рецидиві;

група високого ризику гострих лімфобласних лейкемій «de novo»;

рецидив гострих лімфобласних лейкемій;

зрілоклітинні неходжкінські лімфоми вперше виявлені та(або) в рецидиві;

рецидив лімфоми Ходжкіна;

мієлодиспластичний синдром високого та середнього ризику;

апластичні анемії тяжкі та середньої тяжкості;

резистентні до імуносупресивної терапії цитопенії.

хворі, які мають показання до трансплантації стовбурових клітин та з ускладненнями після трансплантації стовбурових гемопоетичних, що потребують спеціалізованого стаціонарного лікування.

адекватна діагностика, яка дозволяє найповніше охарактеризувати пухлинні клони, встановити поширеність процесу, виділити клінічні та лабораторні параметри, що мають прогностичне значення.

Структурні підрозділи відділення:

відділення онкогематології (ОГ) на 50 ліжок, включаючи ліжка денного перебування (25);

відділення трансплантації кісткового мозку (ТКМ) на 20 ліжок, включаючи передтрансплантаційні, післятрансплантаційні ліжка, ліжка процедурної трансплантації та денного перебування;

спеціалізована діагностично-дослідна лабораторія;

адміністративний підрозділ.

Взаємодія з іншими підрозділами Всеукраїнського центру здійснюється за принципами:

«командного» типу роботи, тобто хворий не має «лікуючого лікаря», натомість є відповідальний лікар, який координує роботу спеціалістів команди, що займається хворим;

консультативно-методичної взаємодопомоги у вирішенні поточних питань лікування хворих;

створення тимчасових робочих груп, до складу яких входять суміжні спеціалісти (гематолог, онколог, лаборант, хірург, анестезіолог, спеціаліст з рентгенодіагностики та радіотерапії та інші за потребою) з метою вирішення

складних діагностично-терапевтичних питань та розробки стратегії лікування для конкретного хворого;

створення постійно діючих робочих груп для визначення напрямів та проведення клінічних досліджень і навчально-методичної роботи.

Відділення онкогематології на 50 ліжок, включаючи ліжка денного перебування для проведення інтенсивної хіміотерапії, інтенсивної імуносупресивної терапії, диференційної діагностики у складних випадках; перебування хворих під час проведення променевої терапії та адаптаційного періоду підтримуючої хіміотерапії у режимі денного стаціонару, коли у нічний час хворі з одним із батьків перебувають у пансіонаті та у випадку виникнення ускладнень можуть бути переведені у режим цілодобового перебування в стаціонарі. Орієнтовно – 25 ліжок стаціонару та 25 ліжок денного стаціонару.

1.3. ВІДДІЛЕННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КІСТКОВОГО МОЗКУ на 20 ліжок, із них:

18 ліжок – інтенсивної терапії (це 18 одномісних палат, які являють собою *стаціонарні ламінарні бокси для довгострокового перебування хворих з інтегрованим санітарним вузлом (1-місною вважається палата, розрахована для матері та дитини)*);

2 ліжка – денного стаціонару, це 1 двомісна палата (ліжка денного перебування).

У відділенні проводиться передтрансплантаційне обстеження реципієнтів та донорів, мобілізація, колекція стовбурових кровотворних клітин, передтрансплантаційна хіміотерапія (кондиціонування), усі види трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин, інтенсивна післятрансплантаційна курація хворих, нагляд за хворими до трансплантації, періодичний довготривалий нагляд за трансплантованими пацієнтами, курація пізніх післятрансплантаційних ускладнень, донорський та лікувальний автоматизований цитоферез.

1.3.1. СПЕЦІАЛІЗОВАНА ДІАГНОСТИЧНО-ДОСЛІДНА ЛАБОРАТОРІЯ

Виконує цитологічну лабораторну діагностику онкогематологічних і гематологічних захворювань та лабораторні дослідження і методики, пов'язані з трансплантацією стовбурових гемопоетичних клітин: цитоморфологічні, цитохімічні, імуноцитологічні (у т.ч. визначення якості трансплантату), цитогенетичні, молекулярно-генетичні (у т.ч. HLA-типуювання донорів кісткового мозку), культуральні, кріобіологічні (кріоконсервація стовбурових кровотворних клітин), токсикологічні та коагулологічні.

Окрім того, лабораторія виконує функції референтної діагностичної лабораторії для всіх регіональних дитячих онкогематологічних відділень України.

В її структуру має входити, окрім іншого, кріосховище стовбурових кровотворних клітин.

Спеціалізовані дослідження для відділення ТКМ будуть проводитись на базі відділу загально клінічних та гематологічних досліджень, який є у складі лабораторного комплексу.

Поточне робоче навантаження (орієнтовне):

Відділення ОГ і ТКМ зможе приймати щорічно до 150 первинних хворих на повний курс лікування, а з урахуванням госпіталізації на ліжка денного стаціонару та ТКМ – до 250 пацієнтів на рік. Зокрема, майже 70-80 хворим можна щорічно провести трансплантацію кісткового мозку.

Середній термін перебування – 70-120 днів.

Амбулаторні відвідування – до 140 на місяць (первинні та повторні).

Екстрені виїзди («санавіація») – до 10 на місяць.

1.4. ВІДДІЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ОНКОЛОГІЇ

Обґрунтування необхідності даного відділення

Смертність від злоякісних пухлин у структурі дитячої смертності в Україні посідає 5 місце. Щороку помирає від злоякісних пухлин близько 500 дітей.

Лише 75% дітей із онкопатологією отримують спеціальне лікування.

Кожна п'ята хвора дитина із солідною пухлиною і кожна третя дитина із лейкозом помирають до року з моменту встановлення діагнозу, і лише 40% цього контингенту дітей живе 5 і більше років. (Для порівняння: за кордоном 75-80% дітей із онкопатологією живуть 5 і більше років).

Співвідношення кількості випадків смертей до кількості випадків захворювань в окремих областях (Донецька, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Чернівецька) становить 60% і більше.

На кінець 2004 року 3 751 хвора дитина віком до 14 років перебувала на диспансерному обліку. Порівняно з 2000 роком показник зріс на 19%. Близько 40% цього контингенту перебуває на обліку 5 і більше років. Основну частину неперифікованих діагнозів складають пухлини головного мозку, морфологічна діагностика яких ускладнена.

Летальність до року – 24,6%.

Для солідних пухлин показник дорічної летальності – 19%, для пухлин ЦНС – до 33%.

Серед хворих із солідними пухлинами виявлено 10% із 4-ою стадією захворювання. Це є показником занедбаності, в окремих регіонах він сягає 40% (!!!).

На сьогоднішній день існує низка недоліків у системі реєстрації злоякісних новоутворень у дітей. Недостовірність статистичної інформації унеможлиблює проведення аналізу якості онкологічної допомоги дітям на різних етапах у лікувальних закладах України різних типів.

Перелік показань до госпіталізації:

солідні злоякісні новоутворення «високого ризику» у дітей;
пухлини мозку;
вторинні раки та (або) рекурентні раки;
рецидиви та рефрактерні пухлини дитячого віку;
злоякісні новоутворення дитячого віку, що рідко зустрічаються;
злоякісні пухлини новонароджених;
інші пухлини дитячого віку, що потребують складних оперативних втручань та застосування технологій, які не можуть бути використані за місцем проживання (використання лінійного прискорювача тощо);
адекватна діагностика, яка дозволяє найповніше охарактеризувати пухлинні клони, встановити поширеність процесу, виділити клінічні та лабораторні параметри, що мають прогностичне значення.

Поточне робоче навантаження (орієнтовне):

середній термін перебування 10-16 діб;
операції – 50-60 на місяць.

Відділення дитячої онкології на 44 ліжок. Передбачається, що воно складатиметься з двох палатних відділень:

1.4.1 ВІДДІЛЕННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ на 20 ліжок та на 2 ліжка денного стаціонару із необхідним набором приміщень:

палата для спільного цілодобового перебування дітей з матерями з вбиральною та душовою
палата денного стаціонару на два ліжка;
пост медичної сестри;
приміщення для комп'ютерного моніторингу хворих;
приміщення для приготування розчинів для ін'єкцій;
приміщення зберігання переносної апаратури;
процедурна;
перев'язочні;
приміщення зберігання медикаментів;
буфетна з обладнанням для миття та стерилізації посуду;
ігрова кімната;
навчальна кімната;
робочі кабінети та кімнати персоналу.

1.4.2. ВІДДІЛЕННЯ СОЛІДНИХ НОВОУТВОРЕНЬ на 20 ліжок та на 2 ліжка денного стаціонару із необхідним набором приміщень:

палата для спільного цілодобового перебування дітей з матерями з вбиральною та душевою);
палата денного стаціонару на два ліжка;
пост медичної сестри;
приміщення для комп'ютерного моніторингу хворих;
приміщення для приготування розчинів для ін'єкцій;
процедурна;
приміщення зберігання переносної апаратури;
приміщення зберігання медикаментів;
буфетна з обладнанням для миття та стерилізації посуду;
ігрова кімната;
навчальна кімната;
робочі кабінети та кімнати персоналу.

1.5. ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ на 24 ліжка.

Надається допомога дітям, які перебувають у критичному стані:
після складних оперативних втручань, включаючи трансплантацію органів, нейрохірургію, пластичну хірургію;
під час проведення діагностичної, терапевтичної катетеризації або інших складних хірургічних маніпуляцій;
діти, яким проводиться діагностична та терапевтична бронхоскопія;
з дихальною недостатністю внаслідок астми, бронхіоліту, тяжких інфекцій;
із судомами;
з нирковою недостатністю (гострою);
із сепсисом;
з отруєннями;
з комами різного походження;
із серцево-судинною недостатністю;
із травмами;
у стані шоку;
в інших критичних станах.

У цьому відділенні має бути можливість здійснення екстракорпоральної детоксикації, насамперед гемодіалізу хворим, – тобто *зал токсикології та штучної нирки*.

Оснащення включає функціональні ліжка, апарати штучної вентиляції легенів, монітори, відсмоктувачі, інфузомати (реанімаційне місце).

Відділення реанімації з необхідним набором приміщень:

зал токсикології та штучної нирки;

4 палати на одне ліжко;

6 палат на кілька ліжок (3 ліжка) з локальним постом медперсоналу;

пост медичної сестри;

приміщення для комп'ютерного моніторингу хворих;
приміщення для приготування розчинів для ін'єкцій;
приміщення зберігання переносної апаратури;
мала лабораторія / Аналіз газів крові;
процедурна для невеликих процедур;
приміщення зберігання медикаментів;
буфетна з обладнанням для миття та стерилізації посуду;
робочі кабінети та кімнати персоналу.

1.6. ХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ на 30 ліжок

Обґрунтування необхідності хірургічного відділення

За 2005 рік в Україні померло 194 дитини після оперативного втручання.

Спеціалізованих відділень *судинної хірургії, в тому числі для дітей з портальною гіпертензією* на сьогоднішній день в Україні не існує. Діти лікуються в ургентному порядку з приводу ускладнень даної патології. Можливості планового лікування дітей з судинною хірургічною патологією і синдромом портальної гіпертензії в Україні дуже обмежені у зв'язку з відсутністю оснащених спеціалізованих відділень та відсутністю медичних кадрів. Більшість даного контингенту хворих звертається з проханням стосовно закордонного лікування.

За 2003 рік *нейрохірургічні* операції були проведені 12 133 дітям, із них: з приводу нейроонкологічних захворювань (пухлини ЦНС) – 559 дітям, вроджених вад розвитку ЦНС – 546, гідроцефалій – 815. Померло після операцій за рік 72 дитини.

За світовою статистикою на 1000 немовлят народжується 3-6 дітей із вираженою приглухуватістю або глухотою. В Україні на сьогоднішній день біля 500000 дітей мають вади слуху. Біля 30000 дітей мають *незворотне зниження слуху*. У сусідніх країнах щорічно виконується 600 (Франція) – 700 (Польща) кохлеарних імплантацій, в Україні – лише 20. Саме ця операція дозволяє дітям із глухотою відновити слух і вирости повноцінними громадянами, які закінчують вищі навчальні заклади. Уникнути інвалідності допомагає і тимпанопластика (хірургічне відновлення слуху за наявності хронічного середнього отиту), яка в дитячому віці проводиться рідко. Потребують запровадження сучасні реконструктивні хірургічні втручання при мікродії (анотії) з метою відновлення вушної раковини та при вроджених і набутих аномаліях розвитку носа.

Дуже актуальним для України є також лікування хронічних стенозів гортані, як рубцевих, так і серединних. При лікуванні останніх за кордоном імплантують ларингостимулятор замість хордектомії чи латерофіксації голосової складки.

Основні види вроджених вад розвитку, які лікуватимуться у Всеукраїнському центрі:

Хірургічна патологія:

вроджена судинна (вроджені мальформації судин різної локалізації – гемангіоми, васкулярна мальформація). Лікування дітей із вродженими вадами судин та ускладненими васкулярними мальформаціями потребує пластично-реконструктивного хірургічного втручання з використанням лазерної терапії, інтраваскулярної катетеризації та емболізації;

портальна гіпертензія (яка потребує хірургічного лікування);

хірургія новонароджених та корекція вроджених вад розвитку.

ЛОР-патологія:

ураження звукосприймаючого апарату за наявності медичних показань до кохлеарної імплантації;

хронічні середні отити, які потребують реконструктивних операцій на середньому вусі;

вродженні або набуті вади розвитку зовнішнього і середнього вуха, які потребують реконструктивних оперативних втручань;

вроджені або набуті вади розвитку носа і носової порожнини, які потребують реконструктивних хірургічних втручань;

вроджені або набуті аномалії розвитку гортані та глотки, які потребують реконструктивних хірургічних втручань;

хронічний рубцевий стеноз гортані та шийного відділу трахеї;

середні стенози гортані;

хірургічні втручання на лімфоденітному глотковому кільці при поєднанні з вадами серцево-судинної системи або інших органів і систем організму, коли немає можливості проведення оперативних втручань в інших лікувальних закладах (+ тонзилектомія методом кобляції);

хірургічні втручання в порожнині носа і глотці, як підготовчий етап до реконструктивних операцій на вусі;

доброякісні пухлини ЛОР-органів.

Також будуть проводитись інші оперативні втручання:

А саме, **реконструктивно-пластична хірургія:**

рубці, контрактури;

стенози (особливо після опіків);

вроджені вади тощо.

нейрохірургія:

(Особливо важлива нейрохірургія новонароджених та дітей раннього віку – це найбільш слаборозвинений напрямок нейрохірургії)

вроджені вади розвитку ЦНС;

гідроцефалія.

трансплантація органів (у перспективі).

Потрібно декілька палат денного стаціонару для хворих після видалення поліпів гортані, операцій на лімфоглотковому канюці, ендоскопічних

операцій у порожнині носа, а також при проведенні настройки кохлеарних імплантатів іногороднім дітям.

Поточне робоче навантаження (орієнтовне):

середній термін перебування – 5-7 днів;

операцій – 80-100 на місяць;

ургентні поступлення.

Рішення про госпіталізацію дітей приймає керівник клініки після їх попереднього відбору в регіонах, проведення повного обстеження за місцем проживання та дообстеження (за показаннями) в консультативно-діагностичному відділенні.

Хірургічне відділення передбачається з необхідним набором приміщень: палата для спільного цілодобового перебування дітей з матерями на вбиральнею та душовою);

пост медичної сестри;

приміщення для комп'ютерного моніторингу хворих;

процедурна для невеликих процедур;

приміщення для приготування розчинів для ін'єкцій;

приміщення зберігання переносної апаратури;

приміщення зберігання медикаментів;

буфетна з обладнанням для миття та стерилізації посуду;

ігрова кімната;

навчальна кімната;

робочі кабінети та кімнати персоналу.

1.7. ОПЕРАЦІЙНИЙ БЛОК

Окрема одиниця Всеукраїнського центру.

Включає 7 операційних залів (у кожному залі – один операційний стіл).

Операційні зали:

Перинатального центру – 2 одиниці.

Загальні – 5 одиниць.

Один з п'яти операційних залів складається з операційної й зони для комп'ютерного томографа.

Суміжно з операційними розташовуються приміщення для зберігання стерильних матеріалів.

Цей комплекс також включає передопераційні, кімнати для після-наркозного спостереження.

У ньому повинні виконуватись оперативні втручання хворим, у тому числі:

нейрохірургічні;

торако-абдомінальні;

щелепо лицьові;

оториноларингологічні;

офтальмологічні;

судинні;

з можливістю здійснення реконструктивних операцій;
трансплантація органів (у перспективі).

Операційний блок має бути оснащений окремим ліфтом. Ним користуються лише для транспортування хворих до та після операції, а також персоналу хірургічного відділення. Відвідувачі, лікарі та хворі інших відділень цим ліфтом не користуються.

1.8. ЗАГАЛЬНОПЕДІАТРИЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ на 30 ліжок

До цього відділення будуть госпіталізовані діти з найскладнішими випадками хронічних захворювань, коли потрібен мультипрофільний підхід із залученням різних спеціалістів – педіатра, ендокринолога, генетика, хірурга, реаніматолога, інших фахівців із педіатричних субспеціальностей, служби психологів, педагогів, соціальних працівників.

Обґрунтування необхідності

У 2005 році виписано із обласних дитячих лікарень 602 хворі дитини із симптомами, ознаками та відхиленнями від норми без встановленого діагнозу.

У 2005 році зареєстровано 3 451 летальних випадків серед дітей віком до року. Із них 1010 дітей із вродженими аномаліями.

Ендокринологічні ліжка

Показання до госпіталізації :

цукровий діабет (у 2005 році в Україні зареєстровано 6 випадків смерті дітей від цукрового діабету) (лабільний перебіг, проведення ПМГ, тяжкі хронічні ускладнення – ХНН);

генетичні форми порушення росту;

синдром Прадера-Віллі (молекулярно–генетична діагностика та лікування);

нервова анорексія (летальність може досягати 10%) спільне лікування ендокринолога, психіатра, за потреби – у відділенні інтенсивної терапії;

гормонально-активні пухлини гіпофіза – діагностика, опромінення (з використанням лінійного прискорювача, гамма-ножа або протонного пучка);

синдром Марфана (молекулярно–генетична діагностика);

синдроми MEN (діагностика, оперативне лікування);

порушення статевого диференціювання (для корекції статі – реконструктивна хірургія; спеціалісти - психолог, ендокринолог, хірург);

вроджена дисфункція кори надниркових залоз (молекулярно–генетична діагностика, дослідження ферментативного дефекту, реконструктивна хірургія, реконструктивна гінекологія;

порушення кальцій-фосфорного метаболізму;

діагностика та лікування вроджених захворювань обміну речовин та іншої нейрогенетичної патології, які переважно проявляються клінічною симптоматикою первинного ураження нервової системи .

Неврологічні ліжка:

За 2005 рік померло 170 дітей від хвороб нервової системи, з них 88 дітей – віком до року. Високі показники летальності у дітей із вродженими вадами та від окремих станів, що виникли в перинатальному періоді (1 764 випадків).

У структурі захворюваності та смертності зріс показник класу XVII – вроджені аномалії (вади) розвитку, деформації та хромосомні порушення.

Серед причин, внаслідок яких діти віком до 18 років стають інвалідами, на 1-му місці – вроджені вади розвитку (22,9%).

Показання до госпіталізації:

діагностика і терапія набутих уражень центральної та периферичної нервової систем - судоми, атаксії, міастенії, епілептоїдні напади, ураження краніальних нервів, мозочка тощо;

наявність психоневрологічної патології після втручань в інших відділеннях Всеукраїнського центру

Нефрологічна патологія

Актуальність проблеми

На сьогоднішній день в Україні понад 400 дітей мають хронічну ниркову недостатність (ХНН). Як і в інших країнах, в Україні зареєстровано прогресивне збільшення цієї кількості дітей (в 1999 році – 330 дітей, 2002 році – 394 дитини). В 2003 році померло 9 дітей від цього стану.

Основні причини смерті – важкі вроджені вади розвитку нирок, сечових шляхів, пухлини нирок.

Показання до госпіталізації:

вроджені вади розвитку та спадкові захворювання нирок і сечовидільного тракту;

хронічне захворювання нирок (передусе ХНН);

ХНН, що потребує проведення гемодіалізу, підготовка до пересадки нирок, курація хворих після трансплантації нирок.

Для проведення діалізу дітям із хронічними захворюваннями нирок необхідно передбачити апарати, які буде встановлено у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

Патологія раннього дитячого віку

У 2005 році померло 22 дитини грудного віку в стаціонарах обласних дитячих лікарень.

Показання до госпіталізації:

діагностика та лікування вроджених вад, «неясних» синдромів, спадкових захворювань тощо.

Патологія дітей старшого віку та підлітків

Показання до госпіталізації:

діагностика та лікування загострення таких хронічних захворювань:
ревматоїдний артрит;
хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт;
гіпертонічна хвороба;
виразка шлунку;
гострий гломерулонефрит;
хронічні ревматичні хвороби серця;
колагенози.

Педіатричний відділ на з необхідним набором приміщень:
палата для спільного цілодобового перебування дітей з матерями з
вбиральною та душовою) ;
пост медичної сестри;
приміщення для комп'ютерного моніторингу хворих;
приміщення для приготування розчинів для ін'єкцій;
приміщення зберігання переносної апаратури;
приміщення зберігання медикаментів;
процедурна для невеликих процедур;
буфетна з обладнанням для миття та стерилізації посуду;
ігрова кімната;
навчальна кімната;
робочі кабінети та кімнати персоналу.

1.9. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНИЙ ВІДДІЛЕННЯ (МГВ)

Враховуючи багатопрофільність Всеукраїнського центру, в якому перебуватимуть одночасно пацієнти з різними формами вродженої і спадкової патології, а також вагітні групи ризику, є необхідність у наданні високоспеціалізованої медико-генетичної допомоги.

Обґрунтування необхідності відділення:

В Україні щорічно народжується близько 10 тисяч дітей з природженою і спадковою патологією (близько 30 на 1000 народжених живими). Зокрема, у 2003 році в Україні зареєстровано 11 253 новонароджені дитини із вродженими вадами розвитку (ВВР). Тільки протягом 2003 року від ВВР загинуло 1098 дітей. Інші залишились інвалідами.

Частота ВВР серед живонароджених по Україні за період 1993-2005рр. склала 26,7 на 1000, за період 2001-2005 рр. цей показник мало змінився – 26,4%. Частота вроджених вад серед живо-, мертвонароджених та абортних плодів за період 1999-2002 рр. склала 36,2 на 1000 зареєстрованих вагітностей.

У структурі ВВР найчастішими є вади кістково-м'язової системи (37,9%), серцево-судинної (15,3%), сечостатевої (15,8%), більшість з яких підлягають хірургічній корекції.

Динаміка. Ризик виникнення вродженої патології серед немовлят за останнє десятиліття збільшився в 1,3 рази.

Однією з важливих умов активної профілактики ВВР є контроль за розвитком ембріона та плода у вагітних із групи високого ризику перинатальної патології. Саме цим займається медико-генетична служба. Сучасні методи пренатальної діагностики (УЗД, використання маркерів ВВР, біопсія хоріона, амніоцентез, кордоцентез тощо) дають широкі можливості для активної профілактики ВВР. Використання цих технологій за розрахунковими даними, дає можливість знизити народження дітей з ВВР на 30%.

Вражаючою є статистика в Україні щодо зареєстрованих випадків аненцефалії (у 100% випадків діагностується антенатально) у новонароджених дітей: усього по Україні – 42 за рік. Така сама ситуація із хворобою Дауна (у 2003 році виявлено синдром Дауна у 351 дитини). Зазначена патологія з високою достовірністю може діагностуватись пренатально.

Серед мертвонароджених провідне місце займає вроджена патологія нервової системи – 32%, з них розщілини хребта – 8,5%. Високу питому вагу мають множинні вади розвитку – 28%.

Слід зазначити, що на сьогодні в Україні не проводиться діагностика цілої низки генетично детермінованих метаболічних порушень, які в ранньому віці обумовлюють інвалідність та смертність дітей (у наданих пропозиціях щодо створення медико-генетичного центру цей аспект враховано).

Завдання МГВ – проведення діагностики, лікування та профілактики різних видів генетично зумовлених станів, прекоцепційної профілактики.

Регулювання потоку пацієнтів

Напрями лікувально-діагностичної допомоги в МГВ Всеукраїнського центру:

на базі МГВ буде проходити відбір вагітних групи ризику для Перинатального центру з наступним їх обстеженням і спостереженням за новонародженими (3-5 жінок за день). Це ті, що не можуть отримати якісну допомогу в пологах в інших пологових стаціонарах (з пренатальними вродженими вадами, у тому числі множинними, а також вродженими вадами серця, нирок, інших органів та систем – гастрошизис, омфалоцеле, атрезії дигестивного тракту тощо);

консультація дітей у всіх стаціонарних підрозділах Всеукраїнського центру, де зосереджений найбільш тяжкий контингент пацієнтів із різними формами спадкової патології;

консультація дітей у Консультативно-діагностичному відділенні.

Робота медико-генетичного відділення дозволить належним чином розподілити потоки пацієнтів, які потребують медико-генетичного консультування, та послужить значним резервом вирішення проблеми малюкової смертності та інвалідності.

Для інформації. На даний час медико-генетичний Центр Української дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» у середньому має за рік до 18 тис. консультативних відвідувань. У день – 15-20 сімей (включно з первинним консультуванням пацієнтів м. Києва). За таких обставин в «Охматдит» залишається генетична структура (МГЦ), яка буде продовжувати первинне медико-генетичне консультування для населення м. Києва та області, а в медико-генетичному відділенні Всеукраїнського центру буде проводитися верифікація спадкових захворювань та діагностика і лікування різних форм генетичної патології, яка ніде в Україні зараз не діагностується (молекулярно-генетичні методи).

У структурі МГВ має бути окрема генетична референс-лабораторія (FISH-дослідження, дослідження каріотипу тощо), яка слугуватиме референс-центром для всієї генетичної служби України. Вона може бути тільки у складі МГВ, оскільки має свою специфіку роботи; потребує сумісних із лікарем-генетиком дій (інтерпретація результату дослідження, особливості підготовки хворого до обстеження тощо).

2. КОНСУЛЬТАТИВНО – ДІАГНОСТИЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ

Окрема структурно-функціональна одиниця Всеукраїнського Центру.

У консультативно-діагностичному відділенні здійснюються фахові консультації та швидкий доступ до широкого переліку лабораторно-діагностичних досліджень, включаючи різні педіатричні субспеціальності.

Він включає:

- 2.1. блок кабінетів лікарів-консультантів.
- 2.2. блок приміщень функціональної діагностики.
- 2.3. лабораторний комплекс.

2.1. Блок кабінетів лікарів-консультантів

Тут відбувається консультація хворих, які приїхали із регіонів за направленнями від обласних фахівців. Консультативний прийом хворих із областей ведуть консультанти – лікарі-спеціалісти, які є співробітниками відділень Всеукраїнського центру (за ротаційною схемою).

Саме тут відбувається розподіл потоків дітей (див. далі Розділ Регуляція потоків хворих):

- госпіталізація;
- дообстеження.

Кабінети лікарів: педіатра, дитячого хірурга (з процедурною), дитячого гінеколога (з оглядовою), отоларинголога із звукоізолюваною кабіною, неонатолога 1, онколога (з процедурною та кімнатою відпочинку хворих), акушера-гінеколога (з оглядовою), офтальмолога (з темною кабіною), ендокринолога, дитячого невролога, пульмонолога, гастроентеролога, психолога, логопед, нефролога, уролога, кардіолога, стоматолога, гематолога, ортопеда-травматолога, працівника соціальної служби, завідуючого відділом, старшої медичної сестри.

Регуляція потоку хворих здійснюється за направленням:

регіональних органів охорони здоров'я;

лікувальних закладів Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України (Українська дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України, Інститут онкології, Інститут ендокринології тощо);

у надзвичайних випадках (відмова у видачі направлення) – без направлення (в особливих випадках консультації можуть бути здійснені за направленнями інших спеціалістів).

У Консультативно-діагностичному відділенні частина хворих підлягає подальшому обстеженню, яке проводиться в лабораторному комплексі, відділенні функціональної діагностики, радіологічному комплексі. Інші направляються на госпіталізацію до відповідного відділення Всеукраїнського центру.

Деякі хворі направляються в денний стаціонар (наприклад, для проведення циклу хіміотерапії).

Частина хворих отримує консультативне заключення із рекомендаціями щодо подальшого лікування, яке здійснюється за місцем проживання.

Отже, відбір хворих для стаціонару проводиться після консультативного прийому в Консультативно-діагностичному відділенні Всеукраїнського центру або здійснюється як переведення з іншого відділення після консилиуму.

Відбір хворих на госпіталізацію проводиться згідно із затвердженим Положенням про відповідне відділення, показань та протипоказань до госпіталізації, що визначаються колегіально (директор Всеукраїнського центру, керівник відділення, лікар-консультант) за результатами очної чи заочної (залежно від конкретної ситуації) консультації, яку проводить керівник відділення та(або), за дорученням лікар-консультант.

Направлення на госпіталізацію підписують керівник відповідного відділення та лікар-консультант.

2.2. Блок приміщень функціональної діагностики

Включає комплекс приміщень, в яких проводиться функціональне дослідження. Обстеження проводяться як стаціонарним хворим, так і амбулаторним за направленням лікарів Всеукраїнського центру.

Тут повинні бути окремі приміщення з можливостями проведення таких досліджень, як:

електрокардіографія (ЕКГ);

ультразвукові дослідження (УЗД), зокрема. Ехокардіографія;

спірометрія, спірографія;

електро-енцефалографія (ЕЕГ);

реовазоенцефалографія (РЕГ);

езофагофіброгастро-дуоденоскопія (ЕФГДС);

денситометрія та інше.

2.3 Лабораторний комплекс

Призначений для виконання усіх типів сучасних досліджень. У цьому комплексі будуть досліджуватись проби від пацієнтів (кров, сеча, тканини, ліквор тощо), які перебувають на стаціонарі та з направленнями від лікарів Консультативно-діагностичного відділення Всеукраїнського центру.

Цей комплекс включатиме:

відділ загально-клінічних та гематологічних досліджень;

біохімічний відділ;

мікробіологічний відділ;

лабораторія ПЦР;

морфологічний відділ;

відділ HLA-типування;

бактеріологічний відділ;

імунологічний відділ;

лабораторія термінових аналізів у приймальному відділенні і відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

Окремі референс-лабораторні дослідження будуть проводитись на базі медико-генетичного відділення Всеукраїнського центру (див. відповідний розділ). Необхідно мати холодильну камеру для зберігання реактивів.

3. ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ З ВІДДІЛЕННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Через приймальне відділення до стаціонарних відділень надходять хворі, яких направили на госпіталізацію лікарі-консультанти із Консультативно-діагностичного відділення, а також привезені на реанімобілі або гелікоптері

Структура:

фільтр для прийому вагітних;

приймально-оглядові приміщення для дітей;

3 реанімаційних палати;

індивідуальна пологова палата

У реанімаційних палатах має бути обладнання для надання необхідної невідкладної допомоги (апарати штучної вентиляції легенів, відсмоктувачі, небулайзери, безтіньові лампи, обладнання для «малої хірургії», дефібрилятори, реанімаційні ліжка тощо).

4. ВІДДІЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Окрема одиниця Всеукраїнського Центру

У цьому відділенні використовується сучасне діагностичне обладнання :

стаціонарний цифровий рентген апарат;

пересувний рентген апарат;

рентген апарат;

оцифровувач зображень рентгенограм;

цифровий ортопантомограф;

магніто-резонансний томограф;

комп'ютерний томограф.

Вищезазначена апаратура має бути розміщена на першому поверсі поблизу приймального та консультативно-діагностичного відділень.

5. РАДІОЛОГІЧНИЙ КОМПЛЕКС

Необхідне обладнання відділення:

два лінійні прискорювачі;

інша рутинна радіологічна техніка, що призначена для проведення спеціальних видів лікування – радіологічного опромінення.

Радіолікувальне устаткування та прилади стереотаксичної радіохірургії мають бути розташовані в окремому корпусі Всеукраїнського центру (спеціально збудованому приміщенні).

6. ВІДДІЛЕННЯ ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ (БАНК КРОВІ)

Окрема одиниця Всеукраїнського центру

Призначено для приготування і забезпечення хворих Всеукраїнського центру препаратами крові з можливостями її опромінення, індивідуального підбору тощо.

Мають бути зони підготовки й здавання крові для донорів (чоловіків і жінок), зони отримання, приймання й сортування зразків, низькотемпературне приміщення, приміщення для визначення групи крові, кімната консультантів-патологів з мікроскопом

Тут може бути і банк кордової крові (окрема кімната).

7. ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ

Всеукраїнський центр матиме лише приміщення для зберігання тіл та використовуватиме вже наявне відділення Клінічної лікарні «Феофанія» або Центру дитячої патоморфології, який розташований на базі Української дитячої спеціалізованої лікарні „Охматдит”.

8. АПТЕЧНО-РОЗПОДІЛЬНИЙ ПУНКТ

Забезпечує наявність медикаментів для госпіталізованих хворих (безкоштовно), для відвідувачів консультативно-діагностичного відділення. Здійснює приготування розчинів для ін'єкцій.

Має бути:

аптека для амбулаторних хворих;

зона небезпечних продуктів і зберігання небезпечних відходів;

кімната класу А;

кімната класу В обладнана робочими місцями (боксами);

зона діяльності з закупівель і розподілу;

захищене приміщення для медикаментів суворого контролю;

загальний склад;

склад безтарного зберігання.

9. НАУКОВО-КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР

Наукова робота та наукові клінічні дослідження є обов'язковою складовою діяльності Всеукраїнського центру, які включатимуть:

- освіту;
- семінари;
- науково-дослідницьку роботу;
- міжнародне співробітництво та професійні зв'язки із провідними закордонними центрами;
- обмін спеціалістами.

Наукові дослідження мають бути спрямовані на розвиток дитячої медицини як основи збереження здоров'я та відтворення населення України.

За принципами сучасної організації діагностично-лікувального процесу в межах контрольованих клінічних студій вони автоматично стають осередком проведення відповідних клінічних досліджень (у тому числі в межах міжнародного наукового співробітництва). Окремі дослідження лабораторного характеру також здійснюються за принципами наукового співробітництва з міжнародними професійними організаціями (I-BFM, SIOP, EBMT).

Під час планування та проведення наукових досліджень необхідно об'єднати зусилля спеціалістів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, Інституту педіатрії, акушерства і гінекології Академії медичних наук України, Інституту онкології Академії медичних наук України .

Запровадження новітніх інформаційних технологій:

- телемедицина;
- оцифровка зображень;
- повна комп'ютеризація медичної документації.

Кожне відділення оснащено комп'ютерами з виходом в Інтернет з метою: здійснення телеконсультацій хворих на міжнародному рівні; проведення телеконференцій, дистанційного навчання (система відео конференції має бути частиною телемедичного комплексу); безперервного професійного розвитку лікарів; створення бази даних пролікованих дітей.

Телемедичний термінал має являти собою спеціалізований телемедичний комплекс, в якому проводяться телемедичні консультації з можливістю перетворення, обробки, зберігання та передачі медичних даних, як текстових, так і графічних, в цифровому форматі. Система має бути достатньо гнучкою для проведення відео конференцій та бути здатна управляти передачею медичних даних.

10. АДМІНІСТРАТИВНА ТА ЗАГАЛЬНО-УПРАВЛІНСЬКА ЧАСТИНА

Керівництво Всеукраїнського центру здійснюється Радою директорів відділень на чолі з Головою Ради, який обирається (призначається) на встановлений термін.

Відділення мають спільну адміністративну, господарську, лабораторну та діагностичну системи (служби), що підпорядковуються Голові Ради та його заступникам.

Рада директорів на чолі з Головою Ради безпосередньо підпорядковується Наглядовій Раді, яка складається з донорів, інвесторів, спонсорів тощо.

Окремо може бути Опікунська Рада.

Із числа співробітників Центру можуть бути створені комітети з медичної етики, з питань науки, освіти тощо.

10.1. Організація (адміністративна структура) роботи відділень

Робота старшого медичного персоналу (лікарі) підрозділів відділів скеровується безпосередньо керівником відповідного відділу; робота середнього та молодшого медичного персоналу скеровується старшою сестрою відповідного підрозділу; старша сестра підпорядковуються безпосередньо керівникові відповідного відділу.

10.2. Підбір кадрів

Проводиться за особливими умовами.

11. ПАНСІОНАТ ДЛЯ ДІТЕЙ на 50 місць.

Пансіонат розраховано на перебування дітей з одним із батьків – для тимчасового перебування матерів і дітей, які приїхали із віддалених районів та (або) для перебування матері, дитина якої отримує хіміотерапевтичне лікування тощо.

Окрема одиниця Всеукраїнського центру, розрахована на дітей, які проходять лікування в амбулаторному режимі, наприклад, «Будинок матері та дитини» та лікарів-консультантів, які приїхали для проведення семінарів, конференцій тощо (типу «студію») та кілька номерів класу «люкс» (для закордонних лекторів, професорів).

Тут можливе розміщення чотирьох типів:

- мати і дитина в окремій кімнаті;
- дві матері дітей, які госпіталізовані (наприклад, дитина перебуває в реанімації або в неонатологічному блоці);
- лікарі-консультанти («студію»);
- професорський склад («люкс»);
- експлуатаційні служби;
- технічні приміщення;
- у холах – ігрові кімнати.

12. СЛУЖБОВІ Й ПОБУТОВІ ПРИМІЩЕННЯ

Центральне стерилізаційне відділення (ЦСВ).

Дезвідділення.

Служба приготування їжі –забезпечення харчуванням дітей з матерями, які перебувають у Всеукраїнському центрі, частини хворих спеціальним дієтичним харчуванням та можливістю забезпечення гарячим харчуванням персоналу та проживаючих в пансіонаті.

Пральня.

Утилізація медичних відходів.

Служба транспорту – реаніомобілі та гелікоптер, що оснащені відповідною апаратурою для невідкладної допомоги, машини технічного обслуговування, автомобілі.

Приміщення клінічних кафедр.

Майстерні.

Експлуатаційні служби.

Матеріальні склади.

Станція лікувальних газів.

Системи безпеки :

- **Пожежна сигналізація та пожежна безпека**
- **Охоронна сигналізація**
- **Система відео-спостереження**
- **Система контролю доступу до електронних історій хвороб тощо**

Серверна.

Аудиторія або конференційна зала (на 150 місць)

На кожному поверсі (в кожному відділенні) – невеликі конференц-зали (до 15 місць) з метою постійного співробітництва з регіональними спеціалізованими медичними установами:

консультативна допомога;

референція лабораторних та рентгенологічних та інших даних;

здійснення лабораторної діагностики для регіональних відділень;

«санітарна авіація»;

телемедицина, дистанційне навчання.

Передбачити на території Всеукраїнського центру

- паркову зону з ігровими майданчиками;
- зону паркування автомобілів відвідувачів та персоналу на 120 легкових автомобілів;
- зону заїзду автомобілів швидкої допомоги, реаніомобілів.

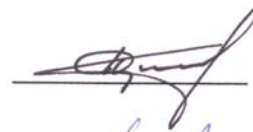
У Всеукраїнському центрі буде запроваджено особливий підхід до лікування дитини – психологічний метод з урахуванням емоцій дитини, принципів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Дитячого Фонду

Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) щодо діяльності «Лікарень, доброзичливих до дитини» та «Клінік дружніх до молоді».

Медичне лікування буде супроводжуватись відповідним психологічним, соціальним, освітнім сервісом:

сімейний ресурсний центр – комп'ютери, спеціальна література для батьків тощо;
ігрові кімнати та майданчики;
соціальна служба;
волонтерська служба;
капличка.

Перший заступник Міністра охорони
здоров'я України



О.М.Орда

Заступник Керівника Державного
управління справами Президента України



В.М. Князевич

Заступник начальника відділу охорони
здоров'я матерів і дітей Міністерства
охорони здоров'я України



В.Б.Педан

Голова Правління Благодійного фонду
"Дитяча Лікарня майбутнього"
Доктор медичних наук, доцент



В.П.Павлюк