

О.О. Дудіна, А.В. Терещенко

Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна
Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.3(63):10-17;doi10.15574/PP.2015.63.10

Мета — проаналізувати та оцінити результати впровадження регіоналізації перинатальної допомоги.

Пацієнти та методи. Проаналізовано стан регіоналізації перинатальної допомоги за даними її моніторингу і оцінки.

Результати. Досягнуто очікувані показники доступності до високоспеціалізованої перинатальної допомоги розроджень вагітних із вадами серця — 63,4%, хворобами системи кровообігу — 50,5%, передчасними пологами у терміні до 34 тижнів — 54,6%. Підтверджено гіпотезу про збільшення виживаності новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г та 1000,0–1499,0 г з 57,6% у 2011 р. до 64,2% у 2014 р. (ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,3–1,8), а також з 87,3% до 89,9% (ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,2–1,7) відповідно та зменшення фетоінфантильних втрат із 15,2 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. до 13,8 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9).

Висновки. Отримані дані підтвердили очікувані результати системи регіоналізації перинатальної допомоги.

Ключові слова: регіоналізація, перинатальний центр, новонароджені, виживаність, фетоінфантильні втрати.

Вступ

В умовах інтенсивного темпу життя, надзвичайно насиченого інформаційного середовища, високого рівня щоденної стресової дії та екологічного неблагополуччя населення перебуває в стані балансування між здоров'ям і хворобою [1]. У такому форматі проблема збереження життя і здоров'я кожної дитини має високу медико-соціальну значущість і визначає благополуччя та національну безпеку країни [2, 5]. Важливою детермінантою формування здоров'я дітей є здоров'я матерів і новонароджених, зокрема, стан здоров'я вагітних жінок, характер перебігу пологів, фізіологічна зрілість плода тощо [7, 8, 14]. За значущістю для становлення здоров'я дитячого організму унікальним, не порівняним із жодним іншим віковим періодом, є перинатальний період.

Виконання заходів міжнародних програм та стратегій ВООЗ із глобальних пріоритетів репродуктивного здоров'я, переорієнтація закладів перинатальної допомоги (ЗПД) на науково обґрунтовану практику сприяли зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні [3, 4, 6].

Проте, незважаючи на позитивні тенденції змін цих показників, стан здоров'я вагітних і новонароджених не відповідає міжнародним стандартам. Стан здоров'я вагітних, наслідки пологів і стан здоров'я новонароджених багато в чому визначаються не лише соціальним та економічним статусом населення, але й організацією перинатальної допомоги, наявністю сучасних медико-організаційних технологій. Наразі в розвинених країнах найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності є регіоналізація перинатальної допомоги (РПД) [3].

За даними надійних досліджень, організація трирівневої системи перинатальної допомоги, модернізація технічного оснащення в Японії, США та країнах Західної Європи дали змогу в декілька разів знизити материнські і плодово-малюкові втрати, рівень захворюваності та смертності новонароджених і дітей раннього віку [10, 12, 15].

Мета роботи — проаналізувати та оцінити повноту та ефективність РПД в Україні.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено за даними державної і галузевої статистики та матеріалами моніторингу і оцінки (МіО) РПД. В аналіз даних державної і галузевої статисти-

стики не включені показники діяльності АР Крим, а МіО РПД не охоплено АР Крим, Донецьку і Луганську області. Матеріали дослідження статистично опрацьовані з використанням стандартних функцій пакету MS Excel 2007. Сила впливу технологій впровадження регіоналізації перинатальної допомоги вивчалася за даними відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ). При цьому індикатори були розділені на стимулятори (чим більший показник, тим краще) і де стимулятори (чим менше показник, тим краще). Вплив впровадження сучасних перинатальних технологій оцінювався як позитивний при ВШ >1,0 для показників-стимуляторів і <1,0 для дестимуляторів із ДІ, що не перетинає одиницю.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», РПД має розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому.

Нині створена нормативно-правова база РПД, шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти МіО ефективності надання такої допомоги. У ході впровадження РПД за підтримки міжнародних організацій розроблена і впроваджена система алгоритму ведення жінок і новонароджених із перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах (ПЦ) із питань перинатального догляду і виходжування новонароджених із дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні.

Концепція подальшого розвитку перинатальної допомоги передбачає організаційну оптимізацію мережі ЗПД. Світовий досвід свідчить, що приблизно 17% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем у ПЦ III рівня надання перинатальної допомоги. У ННД визначений орієнтовний показник частки пологів у цих закладах становить близько 20–30%, у ЗПД I рівня — близько 30%, у ЗПД II рівня — близько 50%. За даними МіО РПД, станом на 01.01.2015 р. в усіх регіонах проведена реструктуризація ЗПД за первинним, вторинним і третинним рівнями перинатальної допомоги, у 21 регіоні створені ЗПД III рівня, у тому числі у 12 регіонах за сприянням Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства» створені, укомплектовані кваліфікованим медичним персоналом і високотехнологічним обладнанням ПЦ III рівня.

У цілому по Україні у 2014 р. із загальної кількості пологів у ЗПД I рівня розроджено 36,5% жінок, II рівня – 46,8%, III рівня – 16,7%. При в цілому достатній частці пологів у ЗПД I рівня цей показник коливався від 0,0% у м. Києві, де відсутні ЗПД I рівня, 7,6% у Харківській, 9,1% у Тернопільській до 60,95–75,7% у Рівненській, Хмельницькій, Черкаській і Житомирській областях. Частка пологів у ЗПД II рівня коливалася від 0,0% у Житомирській області, де все ще не організовані ЗПД II рівня, 10,3% у Чернівецькій, 18,4% у Рівненській до 70,2% у Тернопільській, 76,3% у Чернігівській областях, 81,1% у м. Києві. Найбільш високою, вищою за орієнтовну, була забезпеченість пацієнтів високоспеціалізованою високотехнологічною перинатальною допомогою в Чернівецькій області, де частка пологів у ЗПД III рівня становила 44,9%, у Харківській – 38,4%, у Сумській – 32,4% областях, значно нижчою за орієнтовну – у Черкаській – 6,4%, Вінницькій – 8,7% областях. Все ще не організовані ЗПД III рівня у Волинській, Закарпатській, Миколаївській та Чернігівській областях.

Важливим завданням регіоналізації перинатальної допомоги є профілактика перинатальних ускладнень у жінок із перинатальним ризиком, тяжкою екстрагенітальною патологією і забезпечення доступності їх до спеціалізованої та високоспеціалізованої перинатальної допомоги. Наразі доведено, що перенесення акценту лікування жінок з екстрагенітальними захворюваннями, ускладненнями вагітності і пологів ЗПД III рівня є резервом зниження перинатальної і материнської смертності в країні.

Відповідно до відпрацьованих спеціалістами МОЗ України з урахуванням функцій та можливостей ЗПД різних рівнів алгоритмів ведення вагітних із перинатальним ризиком можна вважати достатнім розродження в умовах

ЗПД III рівня 50,0% вагітних із вродженими вадами серця, 25–30% із хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів 90% і більше з преєклампсією та еклампсією, антенатальною загибеллю плода.

За даними МіО РПД, у цілому індекс концентрації розроджень в умовах ЗПД III рівня вагітних із вадами серця становив 63,4%, з хворобами системи кровообігу – 50,5% і був достатнім в усіх регіонах, де функціонують ЗПД III рівня, за винятком Херсонської області, де високоспеціалізованою перинатальною допомогою охоплено лише 11,8% пацієнток із вадами серця та 5,6% – із хворобами системи кровообігу.

Показник концентрації вагітних із цукровим діабетом у ЗПД III рівня не відповідав медичним стандартам супроводу та надання допомоги цим пацієнткам і становив у цілому 46,8%, недостатні і індекси концентрації у ЗПД II–III рівнів вагітних із преєклампсією і еклампсією – 78,1% та з антенатальною загибеллю плода – 75,3%. Достатньою можна вважати роботу із забезпечення маршруту вагітних (індекс концентрації – 90,0–100,0%) із цукровим діабетом лише в Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській і Чернівецькій областях, вагітних із преєклампсією і еклампсією у Дніпропетровській, Івано-Франківській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Тернопільській, Чернівецькій областях та м. Києві, вагітних з антенатальною загибеллю плода у Дніпропетровській, Полтавській, Сумській, Харківській областях та м. Києві. Потребує доопрацювання питання забезпечення маршрутів вагітних (індекс концентрації – менше 50,0%) з преєклампсією і еклампсією в Житомирській і Черкаській областях, а вагітних з антенатальною загибеллю плода – у Волинській, Житомирській і Миколаївській областях.

Таблиця 1

Характеристика розподілу народжень новонароджених за рівнями закладів перинатальної допомоги, 2014 р. (% до загальної кількості в регіоні обслуговування)

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла 500–999 г			Народжено живими з масою тіла 1000–1499 г		
		I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги	I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги
1	Вінницька	19,2	46,2	34,6	20,9	40,7	38,4
2	Волинська	22,6	77,4	–	6,9	93,1	–
3	Дніпропетровська	3,2	32,0	64,8	5,3	59,3	35,4
4	Житомирська	15,4	–	84,6	17,2	–	82,8
5	Закарпатська	8,1	91,9	0,0	18,5	81,6	0,0
6	Запорізька	11,8	5,9	82,4	9,3	16,1	74,6
7	Івано-Франківська	4,4	4,4	95,7	8,9	5,6	85,6
8	Київська	27,0	24,3	48,6	39,4	27,3	33,3
9	Кіровоградська	11,8	0,0	88,2	23,3	0,0	76,7
10	Львівська	14,9	6,4	78,7	21,4	13,7	64,9
11	Миколаївська	18,7	81,3	–	27,9	72,1	–
12	Одеська	6,7	61,7	31,7	12,4	43,2	44,4
13	Полтавська	14,3	4,8	80,9	0,0	31,0	68,9
14	Рівненська	21,1	28,9	50,0	26,6	13,9	59,5
15	Сумська	0,0	3,9	96,2	10,8	16,2	72,9
16	Тернопільська	0,0	3,9	96,2	1,9	12,9	85,2
17	Харківська	2,9	9,9	87,1	2,1	10,6	87,3
18	Херсонська	4,0	52,0	44,0	20,6	30,2	49,2
19	Хмельницька	20,7	3,5	75,7	16,4	14,8	68,9
20	Черкаська	27,3	50,0	22,7	32,7	44,9	22,5
21	Чернівецька	7,4	0,0	92,6	4,7	4,7	90,7
22	Чернігівська	7,3	92,7	–	16,0	84,0	–
23	м. Київ	–	41,6	58,4	–	41,2	58,8
Усього		10,0	31,0	59,0	13,5	34,1	52,9

Характеристика частоти пологів шляхом кесаревого розтину, 2014 р. (%)

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Усього в регіоні	I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги
1	Вінницька	15,5	11,6	16,2	34,3
2	Волинська	19,3	15,2	24,3	–
3	Дніпропетровська	16,3	11,9	15,5	24,7
4	Житомирська	15,5	13,9	–	20,7
5	Закарпатська	18,0	13,2	22,2	–
6	Запорізька	16,0	14,0	14,8	23,8
7	Івано-Франківська	21,4	15,7	20,7	33,1
8	Київська	19,6	12,5	22,3	38,1
9	Кіровоградська	18,1	12,5	18,8	32,4
10	Львівська	12,6	8,3	12,2	26,8
11	Миколаївська	17,0	15,1	19,1	–
12	Одеська	20,5	12,7	22,4	33,6
13	Полтавська	14,6	9,5	12,0	34,2
14	Рівненська	16,8	12,6	15,4	30,3
15	Сумська	16,6	8,2	14,7	24,5
16	Тернопільська	16,1	8,3	14,9	23,4
17	Харківська	22,6	11,9	18,3	30,8
18	Херсонська	17,8	8,4	24,5	29,4
19	Хмельницька	19,3	16,3	24,5	26,7
20	Черкаська	15,4	12,2	19,0	28,9
21	Чернівецька	15,5	10,2	6,9	22,9
22	Чернігівська	21,6	15,8	23,3	–
23	м. Київ	18,5	–	19,6	14,0
Усього			17,7	12,6	18,2

Згідно з переліком показань, до направлення вагітних до ЗПД III рівня відносяться стани новонародженого з недоношеністю до 32 тижнів, масою тіла при народженні <1500 г. Актуальність проблеми концентрації дітей з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня зумовлена тим, що вже в перші дні життя часто вирішується питання про їх життєздатність. Тому збереження життя цих дітей можливе тільки в умовах обслуговування їх висококваліфікованим персоналом із застосуванням сучасного високотехнологічного лікувально-діагностичного обладнання. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених із дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії [13], а за даними метааналізу досліджень РПД дітям із дуже низькою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня п'яти штатів США сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених із масою тіла при народженні <1500 г.

В Україні у 2014 р. вдалося сконцентрувати у ЗПД III рівня народження 54,6% немовлят із дуже малою ($\leq 1500,0$ г) масою тіла при народженні, у тому числі 59,0% новонароджених із масою тіла 500,0–999,0 г і 52,9% із масою тіла 1000,0–1499,0 г і в цілому діяльність ЗПД стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим із дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні можна вважати такою, що потребує поліпшення (табл. 1).

При цьому 92,6–96,2% новонароджених із масою тіла при народженні 500,0–999,0 г сконцентровано у ЗПД III рівня Тернопільської, Сумської, Івано-Франківської, Чернівецької областей. Лише 22,7% новонароджених із масою тіла при народженні 500,0–999,0 г із загальної кількості новонароджених із такою масою тіла в регіоні народилося у ЗПД III рівня Черкаської, 31,7% – Одеської, 34,6% – Вінницької, 44,0% – Херсонської областей, а 27,3–22,6%

немовлят із надзвичайно малою масою тіла при народженні народилося у ЗПД I рівня Черкаської, Хмельницької, Рівненської, Київської та Волинської областей.

Достатніми ($\geq 80,0\%$) були коефіцієнти концентрації новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г у ЗПД III рівня Чернівецької, Харківської, Тернопільської, Житомирської, Луганської областей, а $\leq 40,0\%$ новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні народилося у ЗПД III рівня Черкаської, Київської, Дніпропетровської та Вінницької областей, при цьому 27,9–39,4% народжень немовлят із дуже малою ($\leq 1500,0$ г) масою тіла при народженні сконцентровано у ЗПД I рівня Миколаївської, Черкаської, Київської областей.

Показники процесу РПД вивчено і за даними частоти кесаревого розтину, переведених із ЗПД I–II рівнів у ЗПД III рівня пацієнтів та проведених дистанційних і виїзних консультацій.

За даними надійних досліджень, збільшення частоти кесаревого розтину $\geq 12,0\%$ не впливає на зниження перинатальної патології і смертності, при цьому частота кесаревих розтинів напряму залежить від рівня ЗПД: найменша – у закладах первинної перинатальної допомоги, найбільша – у закладах третинної перинатальної допомоги. Аналогічна закономірність виявлена за даними МіО. Частота кесаревого розтину в ЗПД I рівня становила у 2014 р. 12,5%, ЗПД II рівня – 18,3%, ЗПД III рівня – 27,1%, у цілому по Україні – 17,6% (табл. 2).

Оптимальний показник частоти кесаревих розтинів у цілому по регіону зареєстровано лише у Львівській області (12,6%), а надвисокий, такий, що потребує вивчення їх причин, – у Харківській (22,6%), Чернігівській (21,6%) та Одеській (20,5%) областях. У ЗПД I рівня цей показник коливався від 8,2–8,4%, що відповідало функціональним можливостям цих закладів, у Сумській, Львівській, Тернопільській та Херсонській областях до $\geq 15,0\%$ – у Волинській, Миколаївській, Івано-Франківській, Чернігівській та Хмельницькій областях. У цілому кожна четверта вагітна розроджувалася шляхом кесарево-

го розтину у ЗПД III рівня, а кожна третя — у Київській, Вінницькій, Полтавській, Одеській, Івано-Франківській областях.

Невід'ємною і важливою складовою РПД є транспортування вагітних жінок і новонароджених із групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої. Основна мета — забезпечити надання спеціалізованої медичної допомоги зазначеним категоріям пацієнтів у закладах відповідного рівня. Належна реалізація такого підходу сприяє досягненню не лише вірогідно нижчих регіональних і відповідно національних показників материнської та перинатальної смертності, але й кращих показників здоров'я і розвитку новонароджених із групи високого перинатального ризику. За даними МіО РПД, транспортування вагітних жінок і новонароджених здійснюється спеціально обладнаними бригадами в усіх щільних регіонах, за винятком м. Києва.

Показання для переведень пацієнтів на вищі рівні перинатальної допомоги та порядок їх транспортування регламентовано наказами МОЗ України від 28.11.2013 р. № 1024, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13.12.2013 р. № 2110/2464 «Порядок транспортування новонароджених високого перинатального ризику в Україні», та від 06.02.2015 № 51, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 26.02.2015 р. № 220/26/665 «Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль».

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності й виконання маршрутів пацієнтів. Усього за 2014 р. у ЗПД III рівня і інші заклади третинної медичної допомоги переведено 7,0 тис. вагітних (роділь, породіль), що становило 1,7% від загальної кількості вибухлих пацієнток із коливанням цього показника від 0,1% у м. Києві, Полтавській, 0,5% у Тернопільській, 0,8 у Черкаській областях до 4,3% у Сумській, 3,0% у Хмельницькій областях.

Для оцінки оптимальної кількості переведень новонароджених в Європі існує так званий індекс неонатальних трансферів (транспортувань). Індекс неонатальних трансферів (ІНТ) виражає кількість новонароджених, переведених до інших ЗПД на 100 живонароджених. Сучасний показник невідкладних транспортувань новонароджених у країнах Євросоюзу становить приблизно 5–10 випадків на 1000 народжених живими (9,11). Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД III рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. Фактично, там, де перинатальна допомога новонародженим високого

ризика була регіоналізована, наприклад у Нідерландах, ІНТ становить <1%, тоді як у країнах із недостатньою регіоналізацією пологових відділень він досягає 2,6%, наприклад у Лаціо (Італія). У регіонах із великою кількістю малопотужних пологових будинків потреба в переведенні новонароджених також може бути вища, тому що компетенція персоналу в діагностиці перинатальних ризиків і патології знижується через спорадичне виникнення таких випадків і відсутність досвіду роботи.

В Україні оптимальний (0,7%) ІНТ наявний лише в Полтавській області, а перевищує 6,0% — у Миколаївській, Житомирській і Чернівецькій областях (рис. 1).

Невід'ємним компонентом перинатальної допомоги в регіоні, що забезпечує ефективну, своєчасну та безперервну медичну допомогу, безпечно та обгрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня на інший є консультування пацієнтів ЗПД I та II рівнів спеціалістами ЗПД III рівня.

Відповідно до наказу МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я», у ПЦ III рівня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями. Наразі такі центри функціонують у Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській і Хмельницькій областях та м. Києві. При цьому у клінічних відділеннях Дніпропетровського ПЦ налагоджено цілодобове скайп-консультування пацієнтів рододомічних закладів області, в актовій залі Донецького ПЦ встановлене відповідне обладнання для проведення телеконференцій зі зворотним зв'язком.

За даними МіО, у 2014 р. здійснено 9,6 тис. консультацій вагітних, роділь і породіль, що становило 2,3% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, і 2,5 тис. консультацій новонароджених (0,6% від загальної кількості вибухлих новонароджених). Найбільша частота консультацій у 2014 р., проведених вагітним, роділлям і породіллям, була в Одеській (12,0%), Кіровоградській (8,0%), Сумській (5,7%) та Рівненській (3,1%), областях, а новонароджених — в Одеській (5,5%) і Херсонській (4,7%) областях. Аналіз здійснення виїзних консультацій в цілому ускладнений тим, що в більшості регіонів виїзні консультації здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ЗПД III рівня.

Запорукою високої якості надання перинатальної допомоги є дотримання визначених стандартів, які складаються з чіткого дотримання нормативно-правової бази — покрокового виконання клінічних протоколів, а також постійного підтримання професійного рівня усіх учасників як процесу медичного супроводу вагітної, так і догляду за новонародженими. Для забезпечення виконання цих умов необхідна розробка локальних протоколів та постійна робота навчальних тренінгових центрів різних рівнів. Наразі в усіх ЗПД III рівня розроблено і впроваджено локальні протоколи. У Дніпропетровській, Донецькій, Харківській областях при ПЦ створені і функціонують регіональні ресурсні (стимуляційно-тренінгові) центри.

Загальновизнано, що для досягнення позитивних показників ефективності впровадження медико-організаційних технологій, які вивчалися за даними коефіцієнтів виживаності новонароджених, фетоінфантильних втрат (ФІТ), потрібний більш тривалий термін впровадження, ніж для досягнення позитивних результатів показника процесу.



Рис. 1. Індекс неонатального трансферу, 2014 р. (%)

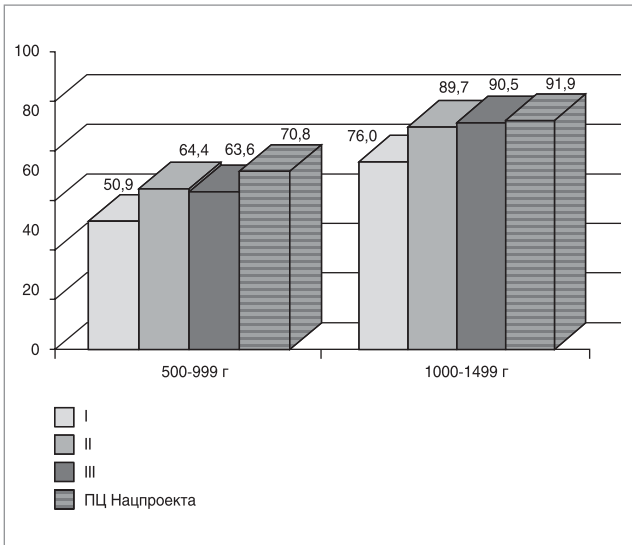


Рис. 2. Вживаність новонароджених із дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні залежно від рівня закладу охорони здоров'я в Україні, 2014 р. (%)

Доведено, що вживаність новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації та оснащення медичним обладнанням ЗПД. Очікувано найнижчий рівень вживаності новонароджених має бути у ЗПД I рівня, а найвищий — у ЗПД III рівня, що підтверджено даними моніторингу (рис. 2).

Як видно з рис. 2, вживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г коливалася від 50,9% у ЗПД I рівня до 64,4% у ЗПД II рівня, 63,6% у ЗПД III рівня, 70,8% у ПЦ III рівня Національного проекту, а вживаність новонаро-

джених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г — відповідно 76,0%, 89,7%, 90,5% та 91,9%. За даними статистичної обробки виявлена достатня сила впливу як на вживаність немовлят із надзвичайно малою масою тіла при народженні, народжених в умовах ПЦ III рівня, порівняно з вживаністю цієї вагової групи немовлят, народжених в ЗПД I рівня — ВШ з 95% ДІ 2,3 (1,5–3,6), так і на вживаність новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г — ВШ з 95% ДІ 3,6 (2,4–5,4).

Слід зазначити, що в різних регіонах показники залежності вживаності новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД мали різноспрямований характер. У Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях ці показники зростали зі збільшенням рівня ЗПД; у ЗПД II рівня Львівської і Харківської областей вони були нижчими, ніж у ЗПД I рівня; у ЗПД III рівня Вінницької, Івано-Франківської, Полтавської, Сумської, Херсонської, Хмельницької областей та м. Києва — нижчими, ніж у ЗПД II рівня, у ЗПД III рівня Запорізької, Львівської та Одеської областей — нижчими, ніж у ЗПД I та II рівнів, у ЗПД III рівня Житомирської області — нижчими, ніж у ЗПД I рівня.

Аналогічна ситуація виявлена щодо залежності вживаності новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г від рівня ЗПД — зростання вживаності зі збільшенням рівня ЗПД лише в Запорізькій, Одеській, Тернопільській областях та м. Києві. Наведені дані вказали на доцільність проведення перинатальних аудитів у регіонах, де відсутня пряма залежність вживаності новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД.

Підтвердженням ефективності регіоналізації перинатальної допомоги є позитивна динаміка вживаності дітей упродовж років впровадження РПД (рис. 3).

Таблиця 3

Характеристика вживаності новонароджених із масою тіла при народженні, 2014 р. (%)

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Вживаність новонароджених із масою тіла 500–999 г				Вживаність новонароджених із масою тіла 1000–1499 г			
		I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги	у т.ч. у ПЦ Нац-проекту	I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги	у т.ч. у ПЦ Нац-проекту
1	Вінницька	10,0	83,3	50,0		89,0	91,4	87,9	
2	Волинська	71,4	75,0	–		75,0	92,6	–	
3	Дніпропетровська	25,0	72,5	81,5	80,8	72,7	91,1	85,1	88,9
4	Житомирська	83,3	–	69,7	63,6	90,0	–	81,3	81,3
5	Закарпатська	0,0	32,4			0,0	69,1		
6	Запорізька	83,3	100,0	71,4	71,4	72,7	89,5	97,7	97,7
7	Івано-Франківська	0,0	100,0	59,1		87,5	100,0	85,7	
8	Київська	40,0	66,7	66,7		69,2	96,3	90,9	
9	Кіровоградська	50,0		53,3	53,3	100,0		91,3	91,3
10	Львівська	92,9	83,3	28,4		86,1	100,0	82,6	
11	Миколаївська	83,3	88,5	–		94,7	91,8	–	
12	Одеська	50,0	62,2	47,4		81,0	86,3	93,3	
13	Полтавська	66,7	100,0	67,6	67,6		96,3	88,3	88,3
14	Рівненська	25,0	27,3	84,2	84,2	90,5	100,0	87,2	87,2
15	Сумська		100,0	48,0		100,0	100,0	85,2	
16	Тернопільська		0,0	52,0		100,0	100,0	91,3	
17	Харківська	66,7	30,0	75,0	76,2	66,7	93,3	93,6	92,3
18	Херсонська	0,0	84,6	81,8		69,2	100,0	93,6	
19	Хмельницька	33,3	100,0	40,9	40,9	70,0	100,0	90,5	90,5
20	Черкаська	33,3	63,6	100,0		87,5	81,8	100,0	
21	Чернівецька	0,0		72,0		0,0	100,0	97,4	
22	Чернігівська	33,3	44,7	–		62,5	90,5	–	
23	м. Київ	–	73,8	71,2	71,2	–	94,8	98,2	98,2
Усього			50,9	64,4	63,6	70,8	76,0	89,7	90,5

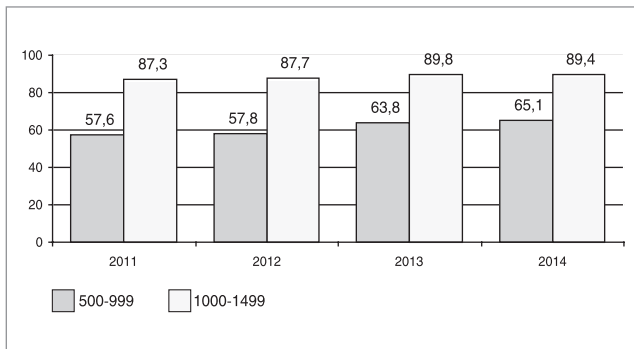


Рис. 3. Вживаність новонароджених із низькою масою тіла при народженні (<1500 г) після перших 168 годин життя на 100 народжених живими

Як видно з рис. 2, вживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г коливалася від 50,9% у ЗПД I рівня до 64,4% у ЗПД II рівня, 63,6% у ЗПД III рівня, 70,8% у ПЦ III рівня Національного проекту, а вживаність новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г — відповідно 76,0%, 89,7%, 90,5% та 91,9%. За даними статистичної обробки виявлена достатня сила впливу як на вживаність немовлят із надзвичайно малою масою тіла при народженні, народжених в умовах ПЦ III рівня, порівняно з вживаністю цієї вагової групи немовлят, народжених в ЗПД I рівня — ВШ з 95% ДІ 2,3 (1,5–3,6), так і на вживаність новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г — ВШ з 95% ДІ 3,6 (2,4–5,4).

Слід зазначити, що в різних регіонах показники залежності вживаності новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД мали різноспрямований характер. У Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях ці показники зростали зі збільшенням рівня ЗПД; у ЗПД II рівня Львівської і Харківської областей вони були нижчими, ніж у ЗПД I рівня; у ЗПД III рівня Вінницької, Івано-Франківської, Полтавської, Сумської, Херсонської, Хмельницької областей та м. Києва — нижчими, ніж у ЗПД II рівня, у ЗПД III рівня Запорізької, Львівської та Одеської областей — нижчими, ніж у ЗПД I та II рівнів, у ЗПД III рівня Житомирської області — нижчими, ніж у ЗПД I рівня.

Аналогічна ситуація виявлена щодо залежності вживаності новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г від рівня ЗПД — зростання вживаності зі збільшенням рівня ЗПД лише в Запорізькій, Одеській, Тернопільській областях та м. Києві. Наведені дані вказали на доцільність проведення перинатальних аудитів у регіонах, де відсутня пряма залежність вживаності новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД.

Підтвердженням ефективності регіоналізації перинатальної допомоги є позитивна динаміка вживаності дітей упродовж років впровадження РПД (рис. 3).

У цілому по Україні, за даними Центру медичної статистики МОЗ України, за період 2011–2014 рр. вживаність новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні збільшилася з 57,6% у 2011 р. до 65,1% у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,3–1,8), а новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г — відповідно з 87,3% до 89,4%, ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,2–1,7). Частота



Рис. 4. Структура фетоінфантильних втрат, Україна, 2011, 2014 рр. (%)

народжених хворими і захворілих новонароджених також мала тенденцію до зниження з 153,7 на 1000 народжених живими у 2011 р. до 149,8 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,9–0,9), у тому числі за рахунок зниження рівня захворюваності на внутрішньоутробну гіпоксію і асфіксію в пологах — 24,6 і 19,3, ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,7–0,9). При цьому частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених у 2011 р. була в 6,1 разу вищою, ніж доношених, а у 2014 р. — у 6,4 разу. Характерно, що на тлі більш високої вживаності новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні в умовах ПЦ III рівня Національного проекту захворюваність недоношених новонароджених у регіонах, де функціонують ПЦ III рівня Національного проекту, у 2014 р. була нижчою, ніж в інших регіонах України — 731,7 на 1000 народжених недоношеними і 812,4, ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,7–0,9), зокрема, захворюваність недоношених новонароджених на інвалідизуючі стани — родову травму — 5,0 і 8,7, ВШ з 95% ДІ 0,6 (0,4–0,8) та внутрішньоутробну гіпоксію і асфіксію в пологах — 89,7 і 141,5, ВШ з 95% ДІ 0,6 (0,5–0,7) відповідно.

Ефективність впровадження РПД підтверджена позитивною тенденцією ФІВ. Вони є основним індикатором, що відображає проблеми перинатальної медицини. Цей показник дає змогу комплексно оцінити можливості сучасної медичної допомоги по народженню і виходжуванню життєздатних дітей у віці до року, включає випадки мертвонародження і смерті дітей на першому році життя, дає змогу більш повно оцінити якість і адекватність діяльності служби охорони материнства і дитинства, виробити найбільш ефективні управлінські рішення з профілактики втрат життєздатних дітей першого року життя на всіх її етапах. За період впровадження РПД рівень ФІВ знизився з 15,2 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. до 13,8 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9). У структурі ФІВ серед усіх втрат життєздатних дітей у віці до одного року переважала мертвонароджуваність, складаючи в середньому 42,7%, причому за досліджуваний період її питома вага збільшилася з 41,1% у 2011 р. до 43,5% у 2014 р. Друге місце посіли втра-

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

ти життєздатних дітей на першому тижні життя — 24,6% зі зменшенням їх частки з 25,5% до 23,5%, третє — втрати в постнеонатальному періоді — 21,9%, 22,5% та 21,4% відповідно. Останнє місце в структурі ФІВ посідали втрати немовлят у пізньому неонатальному періоді — 11,2% зі зростанням їх частки відповідно з 10,9% до 11,5%.

У цілому в зниженні рівня ФІВ життєздатних дітей позитивну роль відіграла малюкова смертність, рівень якої знизився з 9,0 на 1000 народжених живими у 2011 р. до 7,8 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,8–0,9). При цьому позитивний вплив РПД характерний для зниження ранньої неонатальної смертності — 3,9 на 1000 народжених живими у 2011 р. і 3,26 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,8–0,9), та постнеонатальної смертності — 3,44 і 2,95 відповідно, ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9), при стабілізації рівня пізньої неонатальної смертності — 1,66 і 1,61, ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,9–1,1). Відсутній позитивний вплив регіоналізації перинатальної допомоги і на рівень мертвороджуваності — 6,24 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. і 6,02 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,9–1,0).

Ефективність профілактики перинатальної патології підтверджена низьким із позитивною тенденцією коефіцієнтом співвідношення пізньої (П: 28 днів — 1 рік) і ранньої (Р: мертвороджуваність + 0–27 днів життя новонароджених) смертності життєздатних дітей (П/Р) — 0,29 у 2011 р. і 0,27 у 2014 році.

Висновки

Дані дослідження підтверджують очікувані результати системи РПД.

У 2014 р. із загальної кількості пологів у ЗПД I рівня розроджено 36,5% жінок, II рівня — 46,8%, III рівня —

16,7%, що узгоджено з даними РПД у ННД. В умовах ЗПД III рівня розроджено 63,4% вагітних із вродженим вадами серця і 50,5% із хворобами системи кровообігу при порогових значеннях цих показників не менше 50,0% і 25–30% відповідно. Все ще низькими були індекси концентрації розроджень у ЗПД II–III рівнів вагітних з екламписією тяжкого ступеня (78,1%) та у ЗПД III рівня вагітних із цукровим діабетом (46,8%) при порогових значеннях їх не менше 90%.

У цілому по Україні у ЗПД III рівня сконцентровано 59,0% розроджень немовлят із масою тіла при народженні 500,0–999,0 г та 52,9% — з масою тіла 1000,0–1499,0 г при збільшенні їх виживаності у перші 168 годин життя в цілому по Україні з 57,6% у 2011 р. до 64,2% у 2014 р. (ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,3–1,8)) та з 87,3% до 89,9% (ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,2–1,7)) відповідно. Характерна значно більша виживаність цих категорій новонароджених у ПЦ III рівня порівняно із ЗПД I рівня — 50,9% і 70,8% (ВШ з 95% ДІ 2,3 (1,5–3,6)) новонароджених із масою тіла при народженні 500,0–999,0 г та 76,0% і 91,2% (ВШ з 95% ДІ 3,6 (2,4–5,4)) — з масою тіла 1000,0–1499,0 г.

Ефективність впровадження РПД підтверджена позитивною тенденцією ФІВ із 15,2 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. до 13,8 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9) та коефіцієнту П/Р — 0,29 у 2011 р. і 0,27 у 2014 році.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження планується провести з урахуванням відкоректованих індикаторів якості РПД та додаткового вивчення впливу РПД на довгостроковий стан здоров'я дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Костин И.Н. Стратегия перинатального риска — арифметика, спасающая жизнь / И.Н. Костин // Мед. аспекты здоровья женщины. — 2012. — № 4. — С. 5–16.
2. Моїсеєнко Р.О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги дітям і матерям: автореф. дис. ... д-ра мед. наук за спец. 14.02.03 — «Соціальна медицина» / Р.О. Моїсеєнко. — Київ, 2013. — 44 с.
3. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України; за ред. Р.О. Моїсеєнко. — К., 2012. — 135 с.
4. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь: мат. учебн. сем. — Женева: ЕРБ ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://medical-diss.com>. — Название с экрана.
5. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности / В.Н. Серов // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 71. — С. 4–10.
6. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.П. Суханова. — Киев, 2010. — 45 с.
7. Шабунова А.А. Социально-корректируемые факторы, влияющие на здоровье детей раннего возраста [Электронный ресурс] / А.А. Шабунова, В.В. Степаненко. — Режим доступа: http://journal.vscs.ac.ru/php/jou/41/art41_09.php. — Название с экрана.
8. Ainsworth M. The impact of adult deaths on the nutritional status of children [Electronic resource] / M. Ainsworth, I. Semali // In: Coping with AIDS: the economic impact of adult mortality on the African household. — Washington: DC, World Bank, 1998. — Access mode: <http://elibrary.worldbank.org/2266.pdf>. — Title from screen.
9. Cornette L. Transporting the sick neonate / L. Cornette // Current. Pediatr. — 2004. — № 14. — P. 20–25.
10. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period / K. Wildman, B. Blondel, J. Nijhuis [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2003. — № 11 (Suppl. 1). — P. 53–65.
11. Greisen G. Neonatal transfers — a thin layer of glue to keep the service network together? / G. Greisen // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. — 2007. — № 92. — P. 159–160.
12. Guidelines for perinatal care. Fifth Edition. American Academy of Pediatrics // The American College of Obstetricians and Gynecologists. — 2002. — № 2. — 350 p.
13. Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project / Beatrice Blondel [et al.] // British J. of Gynecology. — 2010. — № 1. — P. 372–379.
14. Strong M.A. The effects of adult mortality on infant and child mortality. Unpublished paper presented at the Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their Families, and Society [Electronic resource] / M.A. Strong. — Washington: DC, 19–20 October, 1998. — Access mode: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id. — Title from screen.
15. Subramaniam Ho.J.J. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants / Ho.J.J. Subramaniam, D.J. Henderson, P.G. Davis // The Cochrane Library. — 2008, Issue 2.

Состояние регионализации перинатальной помощи в Украине

Е.А. Дудина, А.В. Терещенко

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина
Министерство здравоохранения Украины, г. Киев, Украина

Цель — проанализировать и оценить результаты внедрения регионализации перинатальной помощи.

Пациенты и методы. Проанализировано состояние регионализации перинатальной помощи по данным ее мониторинга и оценки.

Результаты. Достигнуты ожидаемые показатели доступности высокоспециализированной перинатальной помощи родоразрешений беременных с пороками сердца — 63,4%, болезнями системы кровообращения — 50,5%, преждевременными родами в сроке до 34 недель — 54,6%. Подтверждена гипотеза об увеличении выживаемости новорожденных в первые 168 часов жизни с массой тела при рождении 500,0–999,0 г и 1000,0–1499,0 г с 57,6% в 2011 г. до 64,2% в 2014 г. (ОШ с 95% ДИ 1,5 (1,3–1,8)) и с 87,3% до 89,9% (ОШ с 95% ДИ 1,5 (1,2–1,7)) соответственно и уменьшение фетоинфантильных потерь с 15,2 на 1000 рожденных живыми и мертвыми в 2011 г. до 13,8 в 2014 г., ОШ с 95% ДИ 0,9 (0,8–0,9).

Выводы. Полученные данные подтвердили ожидаемые результаты системы регионализации перинатальной помощи.

Ключевые слова: регионализация, перинатальный центр, новорожденные, выживаемость, фетоинфантильные потери.

PERINATOLOGIYA | PEDIATRIYA.2015.3(63):10-17;doi10.15574/PP.2015.63.10

Condition of regionalization of perinatal care in Ukraine

Ye.A. Dudina, A.V. Tereshchenko

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine
Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose — the analysis and evaluation of implementation of regionalization of perinatal care.

Patients and methods. The condition of regionalization of perinatal care has been analysed according to its monitoring and evaluation.

Results. Expected indicators of accessibility to tertiary perinatal care of patrimonial sanctions of pregnant women with heart diseases — 63.4%, cardiovascular diseases — 50.5%, premature birth in term till 34 weeks — 54.6% have been achieved. The hypothesis of increase in survival rate of infants during the first 168 hours of life with birth weight 500.0–999.0 g and 1000.0–1499.0 g from 57.6% in 2011 up to 64.2% in 2014 (OR from 95% CI 1.5 (1.3–1.8)) and from 87.3% up to 89.9% (OR from 95% CI 1.5 (1.2–1.7)) respectively and decrease fetoinfantile losses from 15.2 per 1,000 live birth and dead in 2011 up to 13.8 in 2014, OR 95% CI 0.9 (0.8–0.9) is confirmed.

Conclusions. The received data have been confirmed expected results of regionalization of perinatal care system.

Key words: regionalization, perinatal center, infant, survival rate, fetoinfantile losses.

Сведения об авторах:

Дудина Елена Александровна — к.мед.н., ст.н.сотр. отделения охраны здоровья матери и ребенка

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины». Адрес: г. Киев, Волго-Донской пер., 3; тел. (044) 576-41-16.

Терещенко Алена Васильевна — Министерство здравоохранения Украины,

Статья поступила в редакцию 13.07.2015 г.