

# ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

О.О. Дудіна, У.В. Волошина (Київ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**Резюме.** Отримані в ході дослідження дані вказують на постійне удосконалення організації медичної допомоги новонародженим дітям, що позитивно впливає на стан здоров'я новонароджених дітей.

**Ключові слова:** новонароджені діти, захворюваність, смертність, організація медичної допомоги.

В умовах низького рівня народжуваності особливої значущості набуває якість здоров'я нових поколінь новонароджених. За роки незалежності в Україні сформовано систему медичної допомоги новонародженим, яка ґрунтується на сучасних всесвітньо визнаних технологіях з доведеною ефективністю [1]. Відповідно до світових стандартів на виконання Конвенції ООН про права дитини і за рекомендаціями ВООЗ про забезпечення можливості зіставлення міжнародних і вітчизняних статистичних даних, наказом МОЗ України від 29.03.2006 р. № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвнонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвнонароджених» з 01.01.2007 р. в Україні регламентовано єдиний порядок реєстрації цих станів у терміні після 22 тижнів вагітності.

Відповідно до демографічної ситуації протягом останніх 5 років збільшився кадровий та матеріально-технічний потенціал неонатологічної служби [2]. Так, кількість педіатрів-неонатологів зросла з 1703 у 2006 р. до 1771 у 2010 р. Проте забезпеченість ними у зв'язку з підвищенням рівня народжуваності зменшилася відповідно з 3,73 до 3,59 на 1000 народжених живими. Низькою (не відповідає рівню народженості) була забезпеченість педіатрами-неонатологами у Миколаївській (1,9 на 1000 народжених живими), Волинській (2,1), Чернігівській (2,3), Херсонській (2,5) областях при оптимальній забезпеченості ними в Івано-Франківській області (5,6), містах Севастополі (5,3) та Києві (6,8). Зросла кількість ліжок для недоношених і хворих новонароджених з 2315 у 2006 р. до 2386 у 2010 р. при забезпеченості ними відповідно 5,06 та 4,84 на 1000 народжених живими, а відділення для недоношених і хворих новонароджених функціонували в усіх регіонах країни. Недостатньою була забезпеченість цими ліжками у Рівненській (2,9), Кіровоградській (2,9), Чернігівській (3,0) та Київській (3,2) областях. Значно ви-

щою за середній показник по Україні залишалася забезпеченість ліжками для недоношених і хворих новонароджених у Закарпатській (8,5), Донецькій (7,9) та Харківській (7,1) областях [3–5].

**Мета роботи** – проаналізувати медичну допомогу новонародженим дітям в Україні.

## Матеріали та методи

У роботі використано дані галузевої статистики за 2006–2010 рр., а також статистичний метод.

## Результати дослідження та їх обговорення

У 2010 р. в закладах МОЗ України народилося 49 345 немовлят проти 457 358 у 2006 р., з них відповідно 4,43% та 4,1% недоношених. Структура народжуваності за ваговими категоріями у 2010 р. порівняно з 2006 р. суттєво не змінилася, за винятком частки народжених з малою масою тіла (500,0–999,0 г – 0,29% у 2006 р. і 0,23% у 2010 р., 500,0–1499,0 г – відповідно 0,62% та 0,73%).

З 2007 р. Україна перейшла на нові критерії перинатального періоду, живонародженості та мертвнонародженості. За цей період частота хворих новонароджених з масою тіла при народженні 500 г і більше зменшилася з 185,48 до 158,13 на 1000 народжених живими – на 14,75% (табл. 1).

Темпи зниження частоти хворих серед доношених дітей вищі, ніж серед недоношених (відповідно 19,0% і 5,6%). Така різниця темпів зниження частоти хворих доношених і недоношених зумовлена складністю виходу новонароджених з наднизькою масою тіла. В цілому частота хворих недоношених перевищила частоту хворих доношених у 4,4–4,9 разу. Найбільшу частоту хворих новонароджених дітей у 2010 р. зареєстровано у м. Севастополі (206,27), Рівненській (205,36),

Таблиця 1  
Динаміка частоти хворих новонароджених в Україні, які при народженні мали вагу 500 г і більше, за 2007–2010 рр. (на 1000 народжених живими)

Рік	Усього		Доношені		Недоношені	
	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими
2007	87 206	185,48	70 835	157,40	16 371	812,21
2008	86 307	171,50	68 725	142,79	17 582	800,31
2009	82 202	162,10	64 985	133,91	17 217	788,25
2010	78 012	158,13	60 912	129,19	17 100	782,64

Київській (324,71), областях та м. Києві (193,82). Водночас, значно нижчу, ніж у середньому по Україні, частоту хворих новонароджених дітей зафіксовано у Львівській (100,97), Миколаївській (128,17), Вінницькій (129,14) областях. Такі розбіжності потребують додаткового вивчення повноти їх реєстрації.

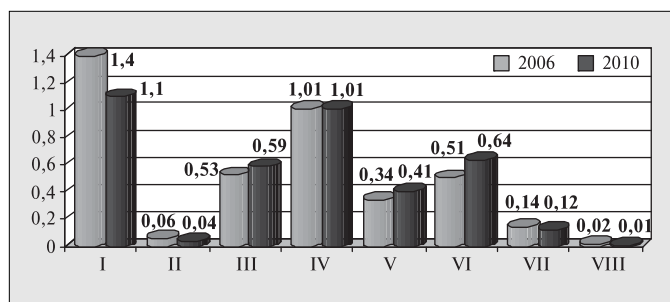
Протягом останніх років у цілому по Україні зменшився рівень захворюваності новонароджених на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, у т.ч. на недостатність живлення плоду, внутрішньочерепну та інші родові травми, внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію у пологах, синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани. Зменшенню цієї

патології сприяла переорієнтація перинатальної служби країни на рекомендовані ВООЗ перинатальні технології, зокрема, впровадження партнерських пологів, демекалізації пологів, профілактики гіпотермії, раннього грудного вигодовування тощо. Водночас, не знизився рівень захворюваності на природжені вади розвитку (ПВР), набула негативної тенденції захворюваність на інфекції шкіри та підшкірної клітковини, природжені пневмонії.

Велика частота хворих новонароджених зумовлена захворюваністю новонароджених на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, (169,67) та ПВР (22,33), (табл. 2).

Таблиця 2  
Динаміка захворюваності новонароджених в Україні, які при народженні мали вагу 500 г і більше, за 2007–2010 рр. (на 1000 народжених живими)

Захворюваність	Рік			
	2007	2008	2009	2010
Гострі респіраторні інфекції	0,03	0,02	*	0,01
Пневмонії	0,00	0,01	*	0,00
Інфекції шкіри та підшкірної клітковини	0,06	0,05	*	0,08
Природжені вади розвитку	22,33	21,57	21,69	22,33
Окремі стани перинатального періоду	221,63	191,33	181,98	169,67
Недостатність живлення плоду	50,41	34,17	30,81	28,55
Внутрішньочерепна родова травма	0,11	0,11	0,06	0,06
Інша родова травма	1,77	1,47	1,71	1,63
Внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія у пологах	51,78	38,40	31,38	26,56
Синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани	15,89	20,07	11,00	10,92
Природжені пневмонії	*	*	4,03	4,39



- I – Природжені аномалії  
 II – Внутрішньочерепна родова травма  
 III – Внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія  
 IV – Синдром респіраторного розладу  
 V – Природжені пневмонії  
 VI – Інфекції, специфічні для перинатального періоду  
 VII – Сепсис новонароджених  
 VIII – Гемолітична хвороба

**Рис. 1.** Причини смерті новонароджених у лікарняних стаціонарах України (включаючи новонароджених, переведених у віці 0–6 днів до дитячих спеціалізованих відділень на лікування та виходжування) за 2007 та 2010 рр. (на 1000 народжених живими)

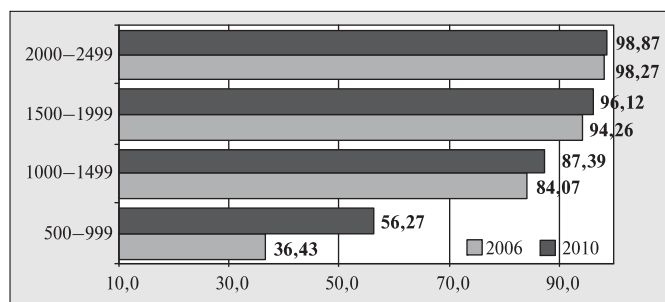
Високий рівень захворюваності новонароджених на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, зумовлений внутрішньоматковою гіпоксією та асфіксією у пологах (26,56), уповільненням росту і недостатністю харчування (28,55).

Показник загальної смертності новонароджених зріс з 2,5 на 1000 народжених живими у 2006 р. до 3,93 у 2010 р. за рахунок зростання показника смертності недоношених новонароджених з 30,82 до 52,5 при стабілізації смертності доношених. Така ситуація зумовлена збільшенням кількості новонароджених з екстремально низькою масою тіла, для яких характерний вкрай високий рівень смертності.

Загальний рівень смертності підвищився за рахунок її зростання від внутрішньоматкової гіпоксії та асфіксії (з 0,53 на 1000 народжених живими у 2006 р. до 0,59 у 2010 р.), природжених пневмоній (з 0,34 до 0,41), інфекцій, специфічних для перинатального періоду, (з 0,51 до 0,64) при її стабілізації від синдрому респіраторного розладу (1,01) і її зниженні від природжених аномалій (з 1,4 до 1,0), сепсису новонароджених (з 0,14 до 0,12), гемолітичної хвороби (з 0,02 до 0,01), внутрішньочерепної родової травми (з 0,06 до 0,04), (рис. 1).

За даними національного перинатального аудиту, виживаність недоношених за ваговими категоріями мала позитивну динаміку в усіх вагових категоріях недоношених дітей (рис. 2).

Серед співвідносної дії факторів, які впливають на «здоровий старт» немовлят, їх подальший психоемоційний та інтелектуальний розвиток, стан здоров'я людини в наступні роки, вагоме значення має оптимізація надання медичної допомоги матерям і немовлятам у жіночих консультаціях, родопомічних закладах, дитячих лікарнях та поліклініках через впровадження, охо-



**Рис. 2.** Виживаність новонароджених України в окремих вагових групах за 2006, 2010 рр.

рону і підтримку виключно грудного вигодовування, спільного перебування матері і дитини на всіх етапах лікувально-профілактичної допомоги, залучення родини до пологів, фізіологічне ведення пологів з мінімальним медикаментозним акушерським втручанням, відмову від додаткової їжі і пиття немовляти, якщо воно отримує молоко матері. Впровадження цих заходів передбачено ініціативою ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини», започаткованою у 1991 р. Наразі до впровадження ініціативи приєдналася більшість держав і країн світу.

Вперше в Україні за підтримки ЮНІСЕФ статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» отримали у 2001 р. пологовий будинок № 1 м. Києва, Донецький регіональний центр охорони здоров'я матері і дитини, Євпаторійський пологовий будинок та Львівський державний обласний перинатальний центр. З початку впровадження ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні в Положенні про заклад системи охорони здоров'я, що відповідає званню «Лікарня, доброзичлива до дитини», відзначалася важлива роль усіх ланок надання допомоги матері і дитині: жіночих консультацій, пологових будинків, дитячих амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ), в охороні та підтримці грудного вигодовування. Станом на 31.12.2010 р. міжнародного звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» удостоєно 442 пологові будинки та пологові відділення, жіночі консультації. Кількість пологів, прийнятих в пологових стаціонарах, «доброзичливих до дитини», збільшилася в середньому по Україні з близько 0,5% у 2001 р. до 62,0% у 2010 р. Наразі в цілому по Україні статусом «Лікарень, доброзичливих до дитини» охоплено 35,1% пологових будинків, відділень, жіночих консультацій. Найбільш повно охоплені цим статусом самостійні пологові будинки та перинатальні центри – 77,5%, жіночі консультації – 33,8%, пологові відділення – на 28,0%. Якщо у Дніпропетровській області 96,6% родопомічних закладів впровадили принципи ініціативи і пройшли атестацію на статус «Лікарня, доброзичлива до дитини», в АР Крим – 70,4%, м. Севастополі – 66,7%, то в Одеській – лише 2,6%, Харківській – 8,3%, Хмельницькій – 11,4% та м. Києві – 13,0% (рис. 3).

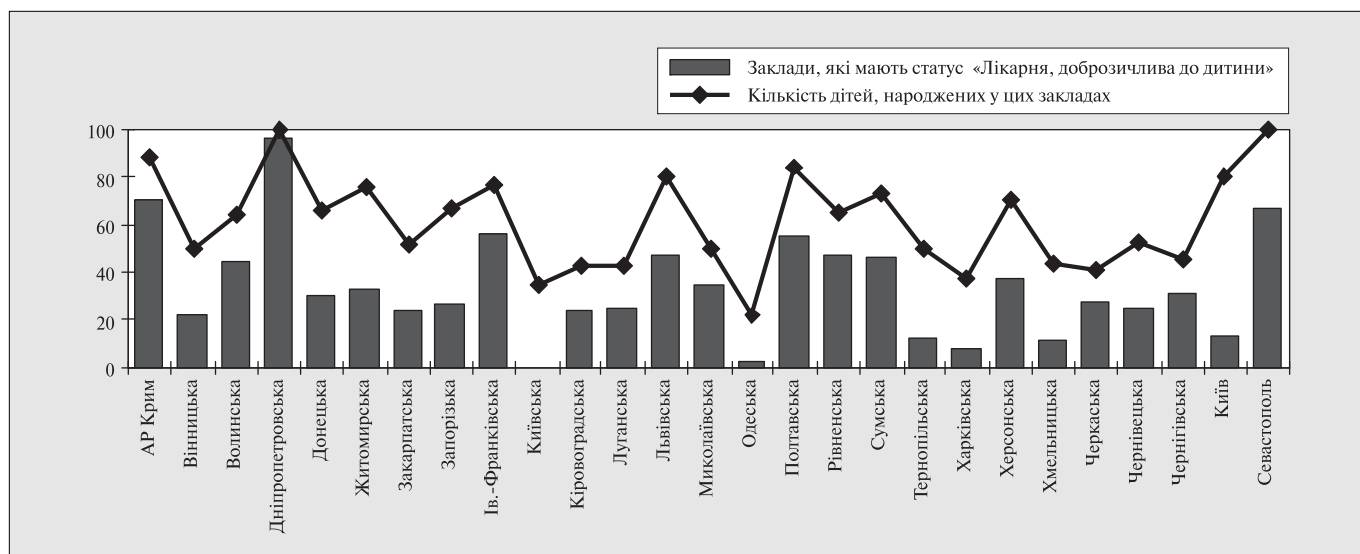


Рис. 3. Характеристика охоплення рододомічних закладів України статусом «Лікарня, доброзичлива до дитини» та частоти народжених у них новонароджених за 2010 р. (%)

Широке охоплення ініціативою «Лікарня, доброзичлива до дитини» пологових будинків і відділень сприяло тому, що нині 62% усіх немовлят України народжується у «доброзичливих до дитини» закладах, а у Дніпропетровській області і м. Севастополі – 100%, при вкрай недостатній частці немовлят, народжених у «доброзичливих до дитини» закладах Одеської (21,6%), Київської (35,0%), Харківської (38,1%) областей.

Статусом «Лікарня, доброзичлива до дитини» передбачено навчання вагітних і сімейних пар з питань підготовки до партнерських пологів та основних принципів виключно грудного вигодовування. За даними цільового моніторингу із загальної кількості вагітних, що народили у «доброзичливих до дитини» закладах, у 2010 р. 95,1% охоплено навчанням стосовно основних принципів виключно грудного вигодовування з незначним коливанням цього показника в розрізі регіонів від 100,0% у м. Києві, 99,8% у Сумській, 99,6% у Житомирській областях до 88,0% в АР Крим, 89,6% у Черкаській області. Заняттями з підготовки до партнерських пологів охоплено 79,5% сімейних пар. Більш активно була позиція переорієнтації сімейних пар на цю ефективну низькозатратну технологію жіночих консультацій, які мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини», Чернівецької області та м. Севастополя, де навчанням охоплено відповідно 96,0% та 93,5%. Недостатньо уваги приділялося навчанням сімейних пар у «доброзичливих до дитини» жіночих консультаціях Одеської, Київської та Херсонської областей, де частка охоплених навчанням становила відповідно 27,7, 45,0 та 48,8%.

Організація перинатальної допомоги у «доброзичливих до дитини» закладах передбачає ведення пологів в індивідуальних та сімейних пологових залах. Незва-

жаючи на те, що впровадження цієї технології потребує реконструкції пологових будинків, відділень, станом на 31.12.2010 р. частка індивідуальних і сімейних пологових залів становила 92,3%. Наразі повністю переобладнано пологові зали у 17 регіонах України, а посилити цю роботу слід у Житомирській, Тернопільській, Львівській, Луганській та Миколаївській областях, де частка індивідуальних і сімейних пологових залів дорівнює до 85%.

За даними надійних досліджень, безперервна підтримка жінок під час пологів партнером сприяє зменшенню тривалості пологів і частоти проведення знеболення в пологах, збільшенню частки самостійних вагінальних пологів. У 2010 р. в цілому у «доброзичливих до дитини» закладах частка партнерських пологів дорівнювала 70,1% з коливанням цього показника від 45,5–49,0% у Миколаївській, Київській, Луганській областях до 85,1–88,8% у Запорізькій, Волинській, Чернівецькій областях. Достатня частота партнерських пологів сприяла зменшенню частоти медикаментозного знеболювання в пологах. У середньому, за даними спеціальних досліджень, частота медикаментозного знеболювання в пологах становила 35,0–40,0%, а за даними цільового моніторингу діяльності закладів, які мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини», – 11,65%. Лише в Одеській, Чернівецькій, Хмельницькій, Херсонській областях та м. Києві цей показник перевищив 20,0%.

Одним із завдань «лікарень, доброзичливих до дитини» є створення необхідних умов для максимально раннього прикладання новонародженого до грудей матері, забезпечення цілодобового спільного перебування матері і новонародженого. За даними надійних досліджень, забезпечення раннього прикладання новона-

родженого до грудей матері сприяє збільшенню охоплення та тривалості виключно грудного вигодовування. В цілому в «доброзичливих до дитини» закладах прикладено в першу годину після пологів до грудей матері 92,7% новонароджених. При частоті пологів шляхом кесаревого розтину в таких закладах 16,9% цей показник можна вважати задовільним. Лише у Харківській, Івано-Франківській, Черкаській областях та м. Севастополі частота раннього прикладання новонародженого до грудей матері – до 90%. Поширеність виключно грудного вигодовування до моменту виписки становила у таких закладах 91–98%. Достатньою була частота сумісного перебування матері і новонародженого – 95,6% з незначним коливанням у розрізі регіонів.

Практика закладів родопомочі, які працюють за технологією вищезазначеної ініціативи, позитивно впливає на показники здоров'я матері і дитини: знижується частота гнійно-септичних захворювань з боку як матері, так і дитини; немає випадків спалахів кишкових інфекцій новонароджених у стаціонарі; зменшується частота кон'югаційних жовтяниць новонароджених; немовлята краще набирають масу тіла. Поліпшення стану здоров'я немовлят, народжених у «доброзичливих до дитини» закладах, підтверджується даними частоти переведу їх до відділень (палат) інтенсивної терапії. Якщо, за даними спеціальних досліджень, частота переведу новонароджених до відділень (палат) інтенсивної терапії становила 10–12%, то у закладах родопомочі, які працюють за технологією «Лікарня, доброзичлива до дитини», – 5,6% (з коливанням у межах 2,4–3,5% у закладах Чернігівської, Сумської, Миколаївської, Луганської, Закарпатської областей до 7,5–8,8% у закладах Одеської області, міст Києва і Севастополя).

Широка мережа стаціонарних і АПЗ акушерсько-гінекологічної служби на перший погляд сприяє доступності спеціалізованої допомоги. Однак надання допомоги при пологах на рівні дільничних, районних

та окремих центральних районних лікарень, де менше 400 пологів на рік, зумовлює значний ризик ускладнень у пологах та високі показники материнських і перинатальних втрат через недостатнє оснащення необхідною медичною апаратурою, відсутність цілодобового чергування неонатологів та акушерів-гінекологів.

Ця проблема є надзвичайно важливою з огляду розпорошеності надання допомоги вагітним. І, як наслідок, у 30–60% пологових відділень областей фіксується менше 300 пологів на рік (у Кіровоградській області налічується 52% малопотужних родопомічних закладів, Закарпатській – 45%, Київській – 25%), що зумовлює підвищення рівня економічних витрат на 1 пологи мінімум втричі порівняно з потужними пологовими будинками, де проводиться 1000 і більше пологів на рік. Крім того, ці заклади стають небезпечними для матерів та дітей.

У січні 2011 р. наказом МОЗ України затверджено Концепцію та заходи щодо подальшого розвитку перинатальної допомоги, які розроблено з урахуванням Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» і націлено на впровадження національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». Згідно з Указом Президента України від 08.09.2010 р. № 895/2010, лише у 2011 р. планується ввести в дію 8 обласних перинатальних центрів.

## Висновки

В Україні постійно удосконалюється організація медичної допомоги новонародженим дітям, що позитивно впливає на стан їхнього здоров'я.

Подальші дослідження направлені на удосконалення медичної допомоги новонародженим дітям з екстремально малою вагою після виписки із пологового стаціонару.

## Список літератури

1. Дудіна О. О. Переорієнтація педіатричної служби на науково обгрунтовану практику / О. О. Дудіна, О. А. Валів // Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Київ, 22 жовтня 2010 р. – К., 2010. – С. 36–37.
2. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України (3 березня 2010 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/8309?print=1>. – Назва з екрана.
3. Населення України. 2009 : [демограф. щорічник]. – К. : Держкомстат України, 2010. – 449 с.
4. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К. : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2009. – 384 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К. : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2009. – 360 с.

## Характеристика медичинської допомоги новорожденним дітям в Україні

*Е.А. Дудина, У.В. Волошина (Київ)*

Полученные в ходе исследования данные указывают на постоянное усовершенствование организации медицинской помощи новорожденным детям, что позитивно влияет на состояние здоровья новорожденных детей.

**Ключевые слова:** новорожденные дети, заболеваемость, смертность, организация медицинской помощи.

## Medical care characteristic to newborn children in Ukraine

*O.O. Dudina, U.V. Voloshyna (Kyiv)*

Received during research indicate the continuous improvement of medical care organisation to newborn children that positively affects on state of health of newborn children.

**Key words:** newborn children, morbidity, mortality, medical care organisation.

*Рецензент:* д-р мед. наук, проф. Ю.Б. Ященко.