

О.О. ДУДІНА, А.В. ТЕРЕЩЕНКО

## ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «НОВЕ ЖИТТЯ» – НОВА ЯКІСТЬ ОХОРОНИ МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА»

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

**Мета:** аналіз та оцінка перших результатів впровадження Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства».

**Матеріали і методи.** Проаналізовано діяльність перинатальних центрів III рівня за розробленими індикаторами якості.

**Результати.** У перинатальних центрах було розроджено 75,1% вагітних з вродженим вадами серця, 47,5% з хворобами системи кровообігу, 44,5% з еклампсією важкого ступеня, 31,3% з цукровим діабетом від загальної кількості пацієнтів з даною патологією у регіонах обслуговування; народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4% дітей, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%. Вживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у перинатальних центрах становила 75,1%, а з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – 92,2% при відповідно 64,2% та 80,6% у закладах перинатальної допомоги первинного рівня.

**Висновки.** Отримані дані засвідчують достатню доступність високоспеціалізованої перинатальної допомоги та ефективність діяльності перинатальних центрів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** регіоналізація, перинатальний центр, новонароджені, вживаність.

Виконання заходів міжнародних програм та стратегій ВООЗ з глобальних пріоритетів репродуктивного здоров'я сприяло зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні [1;2;3;7]. Водночас стало зрозуміло, що неможливо кардинально змінити ситуацію лише шляхом впровадження медичних технологій та використання високотехнологічного обладнання, оскільки показники залишалися ще досить високими. Досвід впровадження нових ефективних технологій щодо виходжування новонароджених з малою масою тіла при народженні (500 г), надання допомоги новонародженим у критичних станах та вагітним, роділлям, породіллям з ускладненим перебігом вагітності та пологів дає підстави стверджувати, що необхідно створити певну модель на рівні адміністративно-територіальної одиниці, яка б забезпечувала повний цикл надання медичної допомоги жінкам та дітям, починаючи з первинного рівня і закінчуючи високоспеціалізованою медичною допомогою. Така модель отримала назву «регіоналізація перинатальної допомоги», яка за рахунок запровадження сучасних медичних технологій, концентрації висококваліфікованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці сприяє вчасному скеруванню ва-

гітних (з урахуванням ступеня перинатального ризику) до відповідних центрів, де надається кваліфікована та якісна медична допомога [1;6;7].

В Україні регіоналізація перинатальної допомоги реалізується в рамках Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» (далі – Проект), який має на меті досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, озвучених на Саміті ООН 2010 р.: поліпшення демографічної ситуації в Україні, зниження рівня материнської, малюкової захворюваності, інвалідності та смертності шляхом підвищення рівня якості та доступності висококваліфікованої медичної допомоги матерям і дітям. Наказом державного агентства з інвестицій та управління національними проектами України від 08.09.2011 р. № 74 «Про затвердження концепції реалізації національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» щодо створення мережі регіональних перинатальних центрів визначені шляхи реалізації Проекту на 2011–2013 роки, зокрема створення перинатальних центрів III рівня [4].

Регіоналізація – це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечує своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допо-

моги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

**Мета роботи** – здійснити аналіз та оцінку перших результатів впровадження заходів Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства».

**Матеріали і методи.** Для досягнення мети проаналізовано дані розроблених робочою групою МОЗ України індикаторів якості регіоналізації перинатальної допомоги в 11 регіонах, де за сприяння Проекту організовані і функціонують пренатальні центри III рівня. Враховуючи короткий термін діяльності перинатальних центрів III рівня, аналіз і оцінку результатів впровадження заходів Проекту здійснено в основному за компонентом процесу. Усі отримані кількісні результати опрацьовано загальноприйнятими методами медичної статистики з використанням комп'ютерної програми Microsoft Excel.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Станом на 01.10.2013 р. в Україні організовано і функціонує 11 перинатальних центрів (ПЦ) III-го рівня – у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві. До основних шляхів реалізації Проекту належать організаційна оптимізація мережі закладів охорони здоров'я у сфері акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, згідно з вимогами сьогодення, та створення регіональних перинатальних центрів III-го рівня. Світовий досвід та орієнтовні розрахунки показують, що приблизно 17,0% пологів потребують вчасного лікування акушерських і неонатальних проблем у ПЦ III-го рівня надання допомоги. Загалом за 9 місяців 2013 р. у ПЦ III-го рівня прийнято 24 376 пологів, що становить 12,7% від загальної кількості пологів у регіонах, де вони функціонують. За 9 місяців 2013 р. достатні (що відповідають орієнтовним розрачукам) показники питомої ваги пологів у ПЦ III-го рівня зареєстровано у Рівненській (17,8%), Кіровоградській (16,5%), Полтавській (16,0%) областях і АР Крим (15,5%), вище орієнтовних – у Житомирській (24,2%), а низькі, що потребує розширення існуючих або відкриття нових ПЦ, – у Харківській (8,4%), Донецькій (10,8%), Дніпропетровській (10,8%) областях. Вкрай низький показник у Луганській області (1,3%) зумовлений тим, що ПЦ відкрито лише у 2013 р. (табл. 1).

З метою забезпечення доступності висококваліфікованої медичної допомоги матерям та дітям одним із завдань ПЦ III-го рівня визначено методичне регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні. Доступність висококваліфікованої перинатальної допомоги оцінено за показниками питомої ваги розроджених у ПЦ III-го рівня вагітних з перинатальним ризиком

відповідно до переліку медичних показань для направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги, народжених живими немовлят з малою і дуже малою масою тіла при народженні, народжених померлими в антенатальному періоді та новонароджених з вродженими вадами розвитку. Загалом у ПЦ III-го рівня було розроджено 75,1% вагітних з вродженими вадами серця і 47,5% з хворобами системи кровообігу при порогових значеннях цих показників не менше 50% і не менше 25–30% відповідно. У цілому можна позитивно оцінити показник розроджених вагітних з вродженими вадами серця у ПЦ III-го рівня більшості регіонів, за винятком ПЦ III-го рівня Донецької і Харківської областей, де цей показник становив 27,02% та 22,2% відповідно. Аналогічна ситуація із забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги і вагітним з хворобами системи кровообігу – при середньому показнику 47,5% лише 10,9% вагітних з цією патологією розроджено у ПЦ III-го рівня Луганської, 14,2% – Донецької областей.

Відповідно до переліку медичних показань, тільки у ПЦ III-го рівня підлягають розродженню вагітні з прееклампсією середнього і важкого ступенів та цукровим діабетом, у т.ч. гестаційним інсулінозалежним. За даними моніторингу, в середньому лише 44,5% вагітних з еклампсією важкого ступеня та 31,3% вагітних з цукровим діабетом було розроджено у ПЦ III-го рівня. Достатньо повно було забезпечено родорозрішення вагітних з цукровим діабетом у ПЦ III-го рівня Кіровоградської і Полтавської (100,0%), Житомирської (92,5%) та Хмельницької (77,8%) областей.

Ключовою проблемою для досягнення поставленої Проектом мети – зменшення перинатальних втрат – є створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Наразі доведено, що акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік є небезпечними для матері та новонародженого, особливо з малою та дуже малою масою тіла при народженні. Такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів [3]. За даними проекту MOSAIC (організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі), частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, дорівнювала від 63–64% у Данії та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії [8].

За даними аналізу за 9 місяців 2013 р., в середньому у ПЦ III-го рівня було народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4%, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%, а з масою тіла 1500,0–2499 г – 33,3% дітей. Більш повний доступ народжених живими з малою та

Таблиця 1. Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ПЦ III рівня за 9 місяців 2013 р. (у % від загальної кількості в регіоні обслуговування)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість пологів	Розроджено вагітних з вродженими вадами серця	Розроджено вагітних з хворобами системи кровообігу	Розроджено вагітних з цукровим діабетом	Розроджено вагітних з важкими формами преєклампсії, еклампсії	Народжено живими з масою тіла при народженні 500–999 г	Народжено живими з масою тіла при народженні 1000–1499 г	Народжено живими з масою тіла при народженні 1500–2499 г	Народжено живими з масою тіла при народженні >2500	Народжено померлих в антенатальному періоді
АР Крим	15,5	71,1	45,5	62,7	57,3	87,1	74	31,5	14,2	61,3
Дніпропетровськ	10,8	*	23,3	4	36	57,8	20	18,5	10,3	24,3
Донецька	10,0	27,02	14,24	19,54	16,7	25,6	32,8	16,09	9,5	46,0
Житомирська	24,2	54,2	51,5	92,3	44,2	75	65,2	47,7	26,3	24,4
Кіровоградська	16,6	82,3	62,5	100	26,7	85	80,4	41,1	15	40,3
Луганська	1,3	13,6	10,9	16,3	21,1	16,1	8,8	3,3	1,2	15,6
Полтавська	16,0	61,3	28,1	100,0	82,6	72,2	68,8	41,9	14,7	35,7
Рівненська	17,8	50	53,1	44	39,3	34,3	54,7	9,7	0,7	21,8
Харківська	8,4	22,2	37,2	40,3	25,3	29,8	29,9	11,4	8,2	16,5
Хмельницька	10,6	59,3	23,7	77,8	47,8	70	81	40,3	9	27,6
м. Київ	15,1	65,1	30,4	2,2	55	74,4	51	33,8	27,5	13,4
<b>Всього</b>	<b>12,7</b>	<b>75,1</b>	<b>47,5</b>	<b>31,3</b>	<b>44,5</b>	<b>69,4</b>	<b>58,6</b>	<b>33,3</b>	<b>18,0</b>	<b>37,7</b>

Примітка: у Дніпропетровській області функціонує ПЦ II-го рівня, який частково виконує функції ПЦ III-го рівня.

дуже малою масою тіла при народженні до високоспеціалізованої перинатальної допомоги забезпечено у ПЦ III-го рівня АР Крим, Житомирської, Кіровоградської, Полтавської і Хмельницької областей, де у 2013 р. народжено живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 87,1–70,0%, а з масою тіла 1000,0–1499,0 г – 91,43–65,2% дітей. Дуже низькі показники роботи у ПЦ III-го рівня щодо концентрації цих категорій новонароджених у Луганській області – 16,1% та 8,8% – зумовлені незначною кількістю пологів – лише 204.

До медичних показань для госпіталізації вагітних у ПЦ III-го рівня належать антенатальна загибель плода та вроджені вади розвитку. Загалом у ПЦ III-го рівня було родорозрішено 37,7% вагітних з антенатальною загибеллю плода, що є недостатнім. Більш повно забезпечено доступ до висококваліфікованої перинатальної допомоги лише в АР Крим (61,3%) та Донецькій (46,0) області. У розвинених країнах з метою зниження смертності та інвалідності новонароджених забезпечується своєчасна хірургічна корекція вроджених вад в умовах ПЦ III-го рівня, що можливо лише за умови народження дітей з цією патологією у перинатальних центрах. Наразі в Україні в умовах ПЦ III-го рівня народжується 22,9% дітей з вродженими вадами розвитку при поляризації цього показника від 40,0% у Полтавській, 39,3% у Кіровоградській до 14,0–14,8% у Рівненській та Луганській областях (табл. 1).

Показники процесу діяльності ПЦ III-го рівня, які залежать від методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні обслуговування, вивчалися і за даними переведень із закладів перинатальної допомоги I–II рівнів у ПЦ III-го рівня та проведених дистанційних і виїзних консультацій. Визнано, що чим менше здійснюється переведень пацієнтів із стаціонарів I–II рівнів перинатальної допомоги, тим вища ефективність проведення методичного регулювання діяльності закладів перинатальної допомоги регіону ПЦ III-го рівня. Слід зазначити, що за 9 місяців поточного року у ПЦ III-го рівня було переведено лише 34 вагітні (роділлі, породіллі), у тому числі 10 пацієнток у ПЦ III-го рівня Дніпропетровської області, 7 – Житомирської, 5 – Харківської, 4 – Полтавської, по 3 – Хмельницької областей та АР Крим. За цей період у ПЦ III-го рівня було переведено 131 новонародженого, що становить 0,08% від загальної кількості новонароджених у перинатальних закладах I–II рівнів. Більш активно здійснювалися переведення новонароджених у ПЦ III-го рівня Житомирської (0,8%), Рівненської (0,26%), Харківської (1,3%) областей.

Одним із компонентів діяльності ПЦ III-го рівня є проведення для закладів перинатальної допомоги первинного і вторинного рівнів виїзних і дистанційних (телемедичних) консультацій пацієнток і новонароджених. Наразі телемедичні консультації налагоджено лише у ПЦ III-го рівня Дніпропетровської області, де в поточному році

проведено 10 консультацій. Виїзні консультації переважно проводилися ПЦ III-го рівня Харківської області (140 виїздів у 2013 р.). Аналіз здійснення виїзних консультацій в цілому утруднений тим, що у більшості регіонів виїзні консультації здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ПЦ III-го рівня.

Аналіз якості медичної допомоги ПЦ III-го рівня здійснювався за показниками виживаності новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні, частоти кесаревих розтинів, перинатальної, неонатальної і материнської смертності.

Доведено, що виживаність новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації і оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги.

Очікувано найнижчий рівень виживаності новонароджених повинен бути у закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ПЦ III-го рівня, що підтверджено даними моніторингу.

Як видно на рис. 1, виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у регіонах, де функціонують ПЦ III-го рівня, коливалася від 64,2% у ЗОЗ I рівня надання перинатальної допомоги до 67,2% у ЗОЗ II рівня, 72,4% у ЗОЗ III рівня та 75,1% у ПЦ III-го рівня; виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г становила 80,6%, 83,6%, 91,5% та 92,2% відповідно. Значно менша залежність виживаності від рівня надання перинатальної допомоги у новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500,0 грамів.

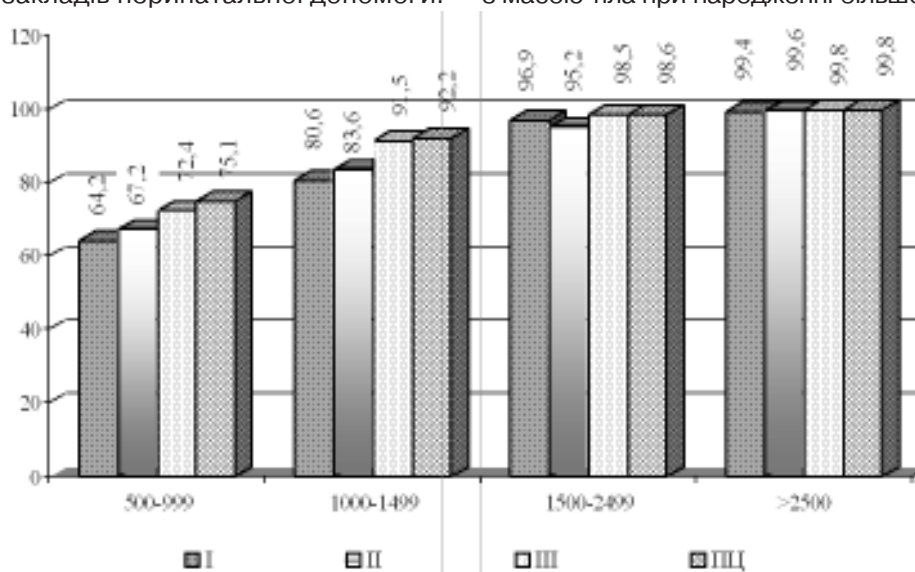


Рис. 1. Залежність виживаності новонароджених у перші 168 годин від маси тіла при народженні та рівнів ЗОЗ, 9 місяців 2013 р. (%)

Аналіз виживаності новонароджених залежно від маси тіла при народженні в розрізі регіонів, де функціонують ПЦ III-го рівня, засвідчив, що виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г коливалася загалом від 55,0–60,0% у АР Крим, Кіровоградській, Луганській, Хмельницькій областях до понад 70,0% у Житомирській, Полтавській, Рівненській, Харківській областях та м. Києві при середньому показнику 70,9%. Середній показник виживаності новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у ПЦ III-го рівня становив 75,1% і коливався від 52,9–69,9% у АР Крим, Донецькій, Кіровоградській, до 75–80% у Луганській, Житомирській, Полтавській, Харківській, Рівненській областях та м. Києві.

Виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г в середньому по регіонах становила 88,2% і коливалася від 80,9% до 85,7% у Донецькій, Житомирській, Полтавській, Хмельницькій до більше 90,0% у Дніпропетровській, Харківській,

Луганській та Рівненській областях, а у ПЦ III-го рівня – 83,6% і вище у всіх регіонах (табл. 2).

Слід зазначити, що в економічно розвинених країнах виживаність новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г становить 30,0%, а новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – лише 70%. Тому високі показники виживаності новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні потребують вивчення їх коректності шляхом проведення клінічних аудитів.

Виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1500,0–1499,0 г можна оцінити позитивно, і відмінність цих показників у розрізі регіонів і ПЦ III-го рівня несуттєва.

Загальновизнано, що збільшення частоти кесаревого розтину вище 12,0% не впливає на зниження перинатальної патології і смертності, при цьому цей показник безпосередньо залежить від рівня закладу перинатальної допомоги – найнижчий у закладах первинної перинатальної допомоги і найвищий – у закладах третинної перинатальної допомоги. Аналогічна закономірність

виявлена за даними моніторингу: частота кесаревого розтину у закладах первинного рівня перинатальної допомоги становила 11,8%, вторинного – 15,9% і у ПЦ III-го рівня – 23,8%. У ПЦ III-го рівня цей показник коливався від 15,2% у м. Києві, 19,1% у Житомирській, 21,1% у Дніпропетровській до вище 30% у Луганській, Полтавській, Кіровоградській, Донецькій областях.

Перинатальна, неонатальна і материнська смертність – одні з основних критеріїв якості та рівня організації роботи перинатальних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я. Водночас вони є інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку і відображають популяційний підсумок взаємодій економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників.

При дотриманні регламентованої нормативними засадами системи госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ПЦ III-го рівня

показники перинатальної, неонатальної і материнської смертності у регіонах переважно визначають ці заклади. За попередніми оперативними даними в аналізованих регіонах засвідчено 18 материнських втрат, з них лише чотири у ПЦ III-го рівня. Так, у Донецькій області із 9-ти материнських втрат дві настало у ЗОЗ I рівня перинатальної допомоги, чотири – у ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги, три – у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги, з них жодного випадку не зареєстровано у ПЦ III-го рівня. Із п'яти випадків материнських втрат у Дніпропетровській області одна настала у ЗОЗ I рівня перинатальної допомоги, одна – у ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги, три – у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги, з них один випадок у ПЦ III-го рівня. У Луганській області один випадок материнської смертності настав у ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги до початку діяльності ПЦ III-го рівня. Усі випадки материнських втрат (по одному випадку) у м. Києві, Житомирській і Харківській областях настали у ПЦ III-го рівня.

Таблиця 2. Залежність виживаності новонароджених у перші 168 годин від маси тіла при народженні та рівнів ЗОЗ, 9 місяців 2013 р. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні 500–999 г		Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні 1000–1499 г		Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні 1500–1499 г		Вживаність новонароджених у перші 168 годин з масою тіла при народженні >2500 г	
	всього в регіоні	в ПЦ III рівня	всього в регіоні	в ПЦ III рівня	всього в регіоні	в ПЦ III рівня	всього в регіоні	в ПЦ III рівня
АР Крим	56,4	61,8	88,9	87,5	99,4	98,9	99,9	99,9
Дніпропетровська	69,9	72	92,1	93,2	98,9	99,3	99,9	99,9
Донецька	65,1	58,3	80,8	91,35	98,2	98,8	99,6	99,3
Житомирська	75	80	84,8	86,6	99,2	99,1	99,9	99,9
Кіровоградська	55	52,9	86,9	94,6	98,1	98,1	99,8	99,8
Луганська	58,1	75	91,3	83,6	98,5	94,5	99,9	99,6
Полтавська	72,7	79,2	85,7	90,6	99,2	98,6	99,6	99,8
Рівненська	74,3	75	90,6	91,4	95,3	100	99,9	99,8
Харківська	70,2	76,4	94,1	97,1	94	98,8	99,9	99,9
Хмельницька	60	71,4	80,9	88,2	98,5	98,1	99,8	99,7
м. Київ	76,8	75,4	87	96	85	96,7	99,9	99,9
<b>Всього</b>	<b>70,9</b>	<b>75,1</b>	<b>88,2</b>	<b>92,2</b>	<b>98,5</b>	<b>98,6</b>	<b>99,8</b>	<b>99,8</b>

Очікувана частка плодово-малюкових втрат ПЦ III-го рівня від їх загальної кількості в регіоні обслуговування при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги повинна наблизитися до 60–70%. Наразі за показниками перинатальних і неонатальних втрат до цих критеріїв можна віднести лише діяльність ПЦ III-го рівня АР Крим, де за період, що вивчався, доля перинатальних втрат від загальної кількості загиблих у регіоні становила 58,7%, а неонатальних – 70,5% (рис. 2).

Більш позитивно порівняно з іншими регіонами за цими критеріями можна оцінити роботу ПЦ III-го рівня м. Києва, Кіровоградської і Полтавської областей, де частка перинатальних і неонатальних втрат становила 33,6%, і 41,2%; 35,6% і 41,7% та 35,1% і 43,6% відповідно.

Потребує посилення робота ПЦ III-го рівня з методичного регулювання потоків госпіталізації у заклади перинатальної допомоги Рівненської і Дніпропетровської областей, де частка перинатальних і неонатальних втрат становила 24,0%

і 16,7%, 22,5% і 29,0% відповідно. Низькі показники концентрації пацієнток з тяжкими летальними випадками в перинатальному і неонатальному періоді у ПЦ III-го рівня Харківської області

(12,4% і 6,6%) зумовлені наявністю в області ще 2-х закладів III рівня перинатальної допомоги, а у ПЦ III-го рівня Луганської області – коротким терміном функціонування закладу.

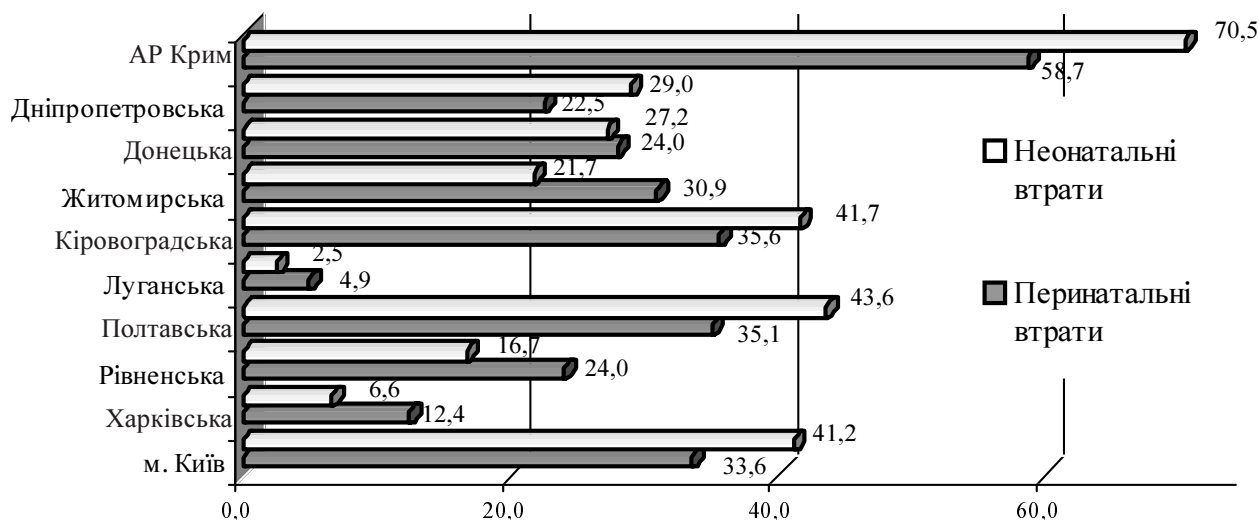


Рис. 2. Порівняльна характеристика частки перинатальних і неонатальних втрат за 9 місяців 2013 р. (% втрат у ПЦ III рівня від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування)

### Висновки

Результати аналізу засвідчили, що показники питомої ваги пологів у ПЦ III-го рівня у більшості регіонів, де вони функціонують, загалом відповідають орієнтовним розрахункам (17%); нижчі за орієнтовні показники виявлено у Харківській (8,4%), Донецькій (10,8%), Дніпропетровській (10,8%) областях, що потребує вивчення, розширення існуючих або відкриття нових ПЦ III рівня.

Аналіз методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіонах оцінено за показниками індексу концентрації у ПЦ III-го рівня вагітних і новонароджених з високим пренатальним ризиком. Встановлено, що в умовах ПЦ III-го рівня розроджено 75,1% вагітних з вродженими вадами серця і 47,5% з хворобами системи кровообігу при порогових значеннях цих показників не менше 50% і не менше 25–30% відповідно. При цьому в середньому лише 44,5% вагітних з еклампсією важкого ступеня та 31,3% вагітних з цукровим діабетом було розроджено у ПЦ III-го рівня. Незважаючи на короткий термін діяльності Проекту, вже за 9 місяців 2013 р. в умовах ПЦ III-го рівня народилися живими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г 69,4% дітей, з масою тіла 1000,0–1499 г – 58,6%, а з масою тіла 1500,0–2499 г – 33,3%.

Ефективність діяльності Національного проекту підтверджується даними виживаності новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні. За даними аналізу, у регіонах, де функціонують ПЦ III-го рівня, виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у перші 168 годин життя коливалася від 64,2% у ЗОЗ I рівня надання перинатальної допомоги до 67,2% у ЗОЗ II рівня надання перинатальної допомоги, 72,4% у ЗОЗ III рівня надання перинатальної допомоги та 75,1% у ПЦ III-го рівня, виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г становила 80,6%, 83,6%, 91,5% та 92,2% відповідно.

Існує потреба у проведенні ПЦ III-го рівня телемедичних консультацій для закладів перинатальної допомоги первинного і вторинного рівнів, які наразі здійснюються лише у Дніпропетровській області.

**Перспективи подальших досліджень.** Для проведення аналізу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги, своєчасної корекції виявлених негативних змін доцільне запровадження системи моніторингу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги за скорегованими індикаторами якості та проведення тематичних клінічних аудитів виявлених негативних наслідків.

### Список літератури

1. Мурашко М. А. Современные аспекты оказания акушерской помощи в регионе с низкой плотностью населения / М. А. Мурашко. – Сыктывкар, 2005. – 120 с.
2. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України; за ред. Р.О. Моїсеєнко. – К., 2012. – 135 с.

3. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь : мат. учебн. сем. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medical-diss.com>. – Название с экрана.
4. Про затвердження Концепції реалізації національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» щодо створення мережі регіональних перинатальних центрів» : наказ Державного агентства з інвестицій та Управління національними проектами України № 74 від 08.09.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.arteka.ua/article/115819>. – Назва з екрану.
5. Савельева Г. М. Достижения и перспективы перинатальной медицины / Г. М. Савельева // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 3–6.
6. Стратулат П. М. Региональная система оказания перинатальных и неонатальных медицинских услуг в республике Молдова [Электронный ресурс] / П. М. Стратулат, А. М. Куртяну, Т. Н. Карауш. – Режим доступа : <http://sibas.info/index.php>. – Название с экрана.
7. Суханова Л. П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. П. Суханова. – К., 2010. – 45 с.
8. Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project / Вйatrice Blondel [et al.] ВJOG116:136401372.

### ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «НОВАЯ ЖИЗНЬ – НОВОЕ КАЧЕСТВО ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

Е.А. Дудина, А.В. Терещенко

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

**Цель:** анализ и оценка первых результатов внедрения Национального проекта «Новая жизнь – новое качество охраны материнства и детства».

**Материалы и методы.** Проанализирована деятельность перинатальных центров III уровня за разработанными индикаторами качества.

**Результаты.** В перинатальных центрах было разрожено 75,1% беременных с врожденными пороками сердца, 47,5% с болезнями системы кровообращения, 44,5% с эклампсией тяжелой степени, 31,3% с сахарным диабетом от общего количества пациенток с данной патологией в регионах обслуживания; родились живыми с массой тела при рождении 500,0–999,0 г 69,4% детей, с массой тела 1000,0–1499 г – 58,6%. Выживаемость новорожденных с массой тела при рождении 500,0–999,0 г в перинатальных центрах составила 75,1%, а с массой тела при рождении 1000,0–1499,0 г – 92,2% при соответственно 64,2% и 80,6% в учреждениях перинатальной помощи первичного уровня.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о достаточной доступности высокоспециализированной перинатальной помощи и эффективность деятельности перинатальных центров.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** регионализация, доступность, перинатальный центр, новорожденные, выживаемость.

### FIRST RESULTS OF ACTIONS OF THE NATIONAL PROJECT «NEW LIFE» – NEW QUALITY OF MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION»

О.О. Dudina, A.V. Tereshchenko

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

**Purpose:** Analysis and evaluation of the first results of implementation the National project «New life» – new quality of maternity and childhood protection».

**Materials and methods.** Activity of perinatal centers of III level on developed quality indicators has been analyzed.

**Results.** In perinatal centers there were bore 75,1% of pregnant women with congenital heart diseases, 47,5% with cardiovascular diseases, 44,5% of the EC-lampsy severe degree, 31,3% with diabetes from total number of patients with this pathology in regions of reception, are born live with birth weight 500,0–999,0 g 69,4%, infants with weight 1000,0–1499 g – 58,6%. The survival rate of infants with birth weight 500,0–999,0 g in perynatal centers was 75,1%, and birth weight 1000,0–1499,0 g – 92,2% respectively 64,2% and 80,6% in perinatal facilities of primary level.

**Conclusions.** The obtained data confirms availability of adequate tertiary perinatal care and efficiency of perinatal centers activity.

**KEY WORDS:** regionalization, perinatal center, newborns, survival.

Рукопис надійшов до редакції 10.02.2014

#### Відомості про авторів:

**Дудіна Олена Олександрівна** – к.мед.н., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел. роб.: (044)576-41-16.