

УДК 614.2:618.2(477-37)
DOI 10.11603/1681-2786.2016.2.6735

Г.О. СЛАБКИЙ, О.М. ДЗЮБА, О.О. ДУДІНА, Ю.Ю. ГАБОРЕЦЬ

СТАН РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

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

Мета: вивчити та проаналізувати стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. Вивчалися дані Центру медичної статистики МОЗ України за період 2011–2014 рр.; результати моніторингу регіоналізації перинатальної допомоги в Україні, який проводить Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

Результати. Із загальної кількості пологів у закладах перинатальної допомоги I рівня було розроджено 36,5% жінок, II рівня – 46,8%, III рівня – 16,7%. Встановлена достатня концентрація у перинатальних центрах III рівня розроджень вагітних з природженими вадами серця (63,4%), хворобами системи кровообігу (50,5%) та новонароджених із масою тіла 500,0–999,0 г (59,0%) і 1000,0–1499,0 г (52,9%), при збільшенні їх виживаності у перші 168 годин життя з 57,6% у 2011 р. до 64,2% у 2014 р. та з 87,3% до 89,9% відповідно. Виявлено значно кращі показники виживаності цих категорій новонароджених у закладах перинатальної допомоги III рівня порівняно із закладами I рівня.

Висновки. Регіоналізація перинатальної допомоги позитивно впливає на її ефективність.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: перинатальна допомога, стан впровадження, показники діяльності.

Збереження життя та здоров'я матерів і дітей є актуальним та стратегічно важливим пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я та однією з основних Цілей Розвитку Тисячоліття, визначених ООН [1;2]. Поряд з економічним та соціальним розвитком суспільства, перинатальна допомога є частиною національної системи охорони здоров'я, а основним завданням її є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей шляхом підвищення рівня народжуваності, покращення стану новонароджених дітей, безпечності пологів, попередження материнської і малюкової смертності (смертності дітей першого року життя) та зміцнення здоров'я дитячого населення [3;5;6].

Відповідно до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», регіоналізація перинатальної допомоги (РПД) повинна розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому [4].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані Центру медичної статистики МОЗ України за період 2011–2014 рр. та результати моніторингу регіоналізації перинатальної допомоги в Україні, який проводить Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення. Нині створена нормативно-правова база РПД, шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти моніторингу й оцінки ефективності надання такої до-

помоги. У ході впровадження РПД за підтримки міжнародних організацій розроблена і впроваджена система алгоритму ведення жінок і новонароджених з перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах (ПЦ) з питань перинатального догляду і виходжування новонароджених із дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні.

За даними МіО РПД, станом на 01.01.2015 р. в усіх регіонах проведена реструктуризація закладів перинатальної допомоги за первинним, вторинним і третинним рівнями перинатальної допомоги; у 21 регіоні створені заклади перинатальної допомоги III рівня, у тому числі у 12 регіонах за сприяння Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» створені, укомплектовані кваліфікованим медичним персоналом і високотехнологічним обладнанням ПЦ III рівня.

У 2014 р. в Україні із загальної кількості пологів у закладах перинатальної допомоги (ЗПД) I рівня було розроджено 36,5% жінок, II рівня – 46,8%, III рівня – 16,7%. При загалом 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 коливається від 0,0 у Житомирській області, де все ще не організовані такі заклади, 10,3% у Чернівецькій, 18,4% у Рівненській до 70,2% у Тернопільській, 76,3% у Чернігівській областях, 81,1% у м. Києві. Найвищою, вищою за орієнтовну, є забезпеченість пацієнтів високоспеціалізованою

високотехнологічною перинатальною допомогою у Чернівецькій області, де частка пологів у ЗПД III рівня становить 44,9%, Харківській (38,4%) та Сумській (32,4%) областях, а значно нижчою від орієнтовної – у Черкаській (6,4%) та Вінницькій (8,7%) областях. Усе ще не організовані ЗПД III рівня у Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Чернігівській областях.

Ефективність управління РПД – це досягнення високої концентрації вагітних і новонароджених в акушерських стаціонарах відповідної групи і сприятливих показників їх здоров'я. Важливим завданням РПД є профілактика перинатальних ускладнень у жінок з перинатальним ризиком, важкою 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 на ЗПД III рівня перинатальної допомоги 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 з перинатальним ризиком можна вважати достатнім розродження в умовах ЗПД III рівня 50,0% вагітних з вродженими вадами серця, 25–30% з хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів 90% і більше з прееклампсією та еклампсією, антенатальною загибеллю плода.

За даними МіО РПД, в 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 було охоплено лише 11,8% пацієнток із вадами серця та 5,6% з хворобами системи кровообігу.

Показник концентрації вагітних із цукровим діабетом у ЗПД III рівня не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги цим пацієнткам і становить в цілому 46,8%. Недостатній індекс концентрації у ЗПД II–III рівнів вагітних з прееклампсією та еклампсією – 78,1% та з антенатальною загибеллю плода – 75,3%. Достатньою можна вважати роботу із забезпечення маршруту вагітних (індекс концентрації 90,0–100,0%) з цукровим діабетом лише у Івано-Франківській, Кіровоградській, Львівській, Полтавській, Сумській, Харківській і Чернівецькій областях, вагітних з прееклампсією та еклампсією – у Дніпропетровській, Івано-Франківській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Тернопільській, Чернівецькій областях та м. Києві, вагітних з антенатальною загибеллю плода – у Дніпропетровській, Полтав-

ській, Сумській, Харківській областях та м. Києві. Потребує доопрацювання питання забезпечення маршрутів вагітних (індекс концентрації менше 50,0%) з прееклампсією та еклампсією у Житомирській і Черкаській областях, а вагітних з антенатальною загибеллю плода – у Волинській, Житомирській і Миколаївській областях.

Згідно з переліком показань, направлення у ЗПД III рівня вимагають новонароджені з недоношеністю до 32 тижнів, масою тіла при народженні до 1500 грамів.

В Україні у 2014 р. вдалося сконцентрувати у ЗПД III рівня народження 54,6% немовлят з дуже малою ($\leq 1500,0$ г) масою тіла при народженні, у тому числі 59,0% новонароджених з масою тіла 500,0–999,0 г і 52,9% з масою тіла 1000,0–1499,0 грамів. У цілому діяльність ЗПД стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні можна вважати такою, що потребує поліпшення (табл. 1). При цьому 92,6–96,2% новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г сконцентровано у ЗПД III рівня Тернопільської, Сумської, Івано-Франківської, Чернівецької областей. Лише 22,7% новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г із загальної кількості новонароджених з такою масою тіла в регіоні народилося у ЗПД III рівня Черкаської, 31,7% – Одеської, 34,6% – Вінницької і 44,0% – Херсонської областей, а 27,3–22,6% немовлят з надзвичайно малою масою тіла при народженні народилося у ЗПД I рівня Черкаської, Хмельницької, Рівненської, Київської, Волинської областей.

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

Показники процесу регіоналізації перинатальної допомоги вивчалися 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, частота кесаревих розтинів безпосередньо залежить від рівня ЗПД: найменша – у закладах первинного рівня і найбільша – у закладах третинного рівня. Аналогічна закономірність виявлена за даними МіО: частота кесаревого розтину у ЗПД I рівня допомоги становила у 2014 р. 12,5%, вторинного – 18,3%, третинного – 27,1%, при в цілому по Україні 17,6% (табл. 2).

Таблиця 1. Характеристика розподілу новонароджених за рівнями закладів перинатальної допомоги у 2014 р. у % 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

Таблиця 2. Частота пологів шляхом кесаревого розтину в Україні у 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	17,6	12,6	18,2	27,1

Оптимальний показник частоти кесаревих розтинів у цілому по регіону зареєстровано лише у Львівській області (12,6%), а надвисокі, що потребують вивчення їх причин, – у Харківській (22,6%), Чернігівській (21,6%), Одеській (20,5%) областях. У ЗПД I рівня цей показник коливається від 8,2–8,4%, що відповідає функціональним можливостям цих закладів, у Сумській, Львівській, Тернопільській, Херсонській областях до понад 15,0% у Волинській, Миколаївській, Івано-Франківській, Чернігівській, Хмельницькій областях. У цілому кожна четверта вагітна розроджується шляхом кесаревого розтину у ЗПД III рівня, а кожна третя – у Київській, Вінницькій, Полтавській, Одеській, Івано-Франківській областях.

Складовою регіональної системи перинатальної допомоги є транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої. За даними МіО РПД, транспортування вагітних жінок і новонароджених здійснюється спеціально обладнаними бригадами в усіх, за винятком м. Києва, пілотних регіонах.

Показання для переведення пацієнтів на вищі рівні перинатальної допомоги та порядок їх транс-

портування регламентовано наказами МОЗ України від 28.11.2013 № 1024 «Порядок транспортування новонароджених високого перинатального ризику в Україні», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13.12.2013 за № 2110/2464, та від 06.02.2015 № 51 «Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 26.02.2015 за № 220/26/665.

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

Оптимальна частота переведень новонароджених (індекс неонатальних трансферів) у 2014 р. (0,7%) досягнута лише у Полтавській області, а висока, що перевищує 6,0%, відмічається у Миколаївській, Житомирській і Чернівецькій областях (рис. 1).



Рис. 1. Індекс неонатальних трансферів, 2014 р. (%)

Невід'ємним компонентом перинатальної допомоги в регіоні, що забезпечує ефективну, своєчасну та безперервну медичну допомогу, безпечно та обґрунтоване 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 № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я», у ПЦ III рів-

ня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями. Наразі такі центри функціонують у Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській і Хмельницькій областях та у м. Києві. При цьому у клінічних відділеннях Дніпропетровського ПЦ налагоджено цілодобове скайп-консультування пацієнтів родопомічних закладів області, у актовій залі Донецького ПЦ встановлене відповідне обладнання для проведення телеконференцій із зворотним зв'язком.

За даними МіО, у 2014 р. було здійснено 9,6 тис. консультацій вагітних, роділь і породіль, що становить 2,3% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, та 2,5 тис. консультацій новонароджених (0,6% від загальної кількості вибулих новонароджених). Найбільшою у 2014 р. була частота консультацій вагітних, роділь і породіль 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 у цілому ускладнений тим, що у більшості регіонів виїзні консультації здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ЗПД III рівня.

Висока якість надання перинатальної допомоги забезпечується дотриманням стандартів перинатальної допомоги. За даними МіО РПД, в усіх ЗПД III рівня розроблено і впроваджено локальні протоколи. У Дніпропетровській, Донецькій, Харківській областях при ПЦ створені і функціонують регіональні ресурсні (симуляційно-тренінгові) центри.

Досягнення позитивних показників ефективності впровадження медико-організаційних технологій вивчалось за даними коефіцієнтів виживання

новонароджених, фетоінфантильних втрат. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в ЗПД I рівня, найвищий – у ЗПД III рівня, що підтверджено даними моніторингу.

Як видно з рис. 2, виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г коливалося 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 виживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – 76,0%, 89,7%, 90,5% та 91,9% відповідно. За даними статистичної обробки виявлена достатня сила впливу як на виживання немовлят із надзвичайно малою масою тіла при народженні, народжених в умовах ПЦ III рівня, порівняно з виживанням цієї вагової групи немовлят, народжених в ЗПД I рівня, – відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ) 2,3 (1,5–3,6), так і на виживання новонароджених з 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 виживання новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні від рівня

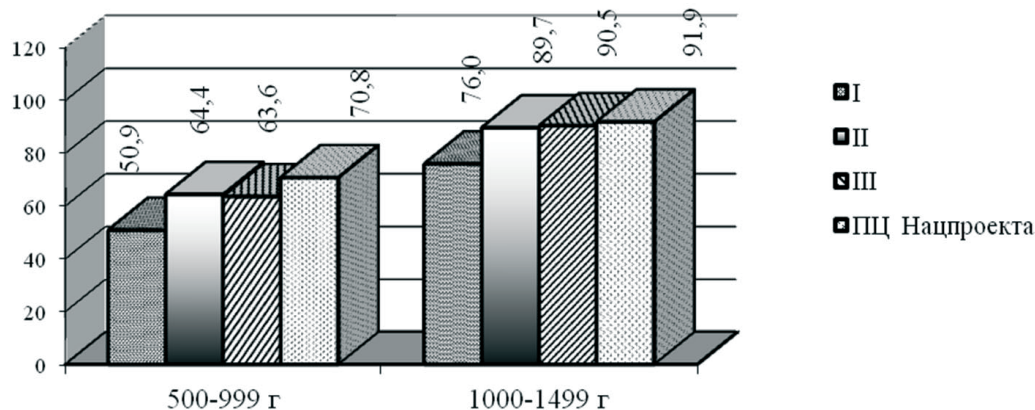


Рис. 2. Виживання новонароджених із дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні залежно від рівня закладу охорони здоров'я в Україні, 2014 р. (%)

ЗПД мають різноспрямований характер: у Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Черкаській, Чернівецькій та Чернігівській областях зростають зі збільшенням рівня ЗПД; у ЗПД II рівня Львівської і Харківської областей ці показники нижчі, ніж у ЗПД I рівня; у ЗПД III рівня Вінницької, Івано-Франківської, Полтавської, Сумської, Херсонської, Хмельницької областей та м. Києва – нижчі, ніж у ЗПД II рівня, у ЗПД III рівня Запорізької, Львівської, Одеської областей нижчі, ніж у ЗПД I і II рівнів, у ЗПД III рівня Житомирської області нижчі, ніж у ЗПД I рівня (табл. 3).

Аналогічна ситуація спостерігається і щодо залежності виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г від рівня ЗПД – зростання виживання із збільшенням рівня ЗПД лише у Запорізькій, Одеській, Тернопільській областях

та м. Києві. Наведені дані свідчать про доцільність проведення перинатальних аудитів у регіонах, де відсутня пряма залежність виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД.

Підтвердженням ефективності РПД є позитивна динаміка виживання дітей упродовж років її впровадження (рис. 3).

Загалом в Україні за даними Центру медичної статистики МОЗ України за період 2011–2014 рр. виживання новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні збільшилося з 57,6% у 2011 р. до 65,1% у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 1,5 (1,3–1,8), а новонароджених з 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 народжених хворими і захворілих новонароджених також мала тенденцію до зниження з 153,7 на 1000 народжених живими

Таблиця 3. Характеристика виживання новонароджених із дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні, 2014 р. (%)

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Виживання новонароджених з масою тіла 500–999 г				Виживання новонароджених з масою тіла 1000–1499 г			
		I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги	у т.ч. в ПЦ Нац-проекту	I рівень перинатальної допомоги	II рівень перинатальної допомоги	III рівень перинатальної допомоги	у т.ч. в 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	Ів.-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

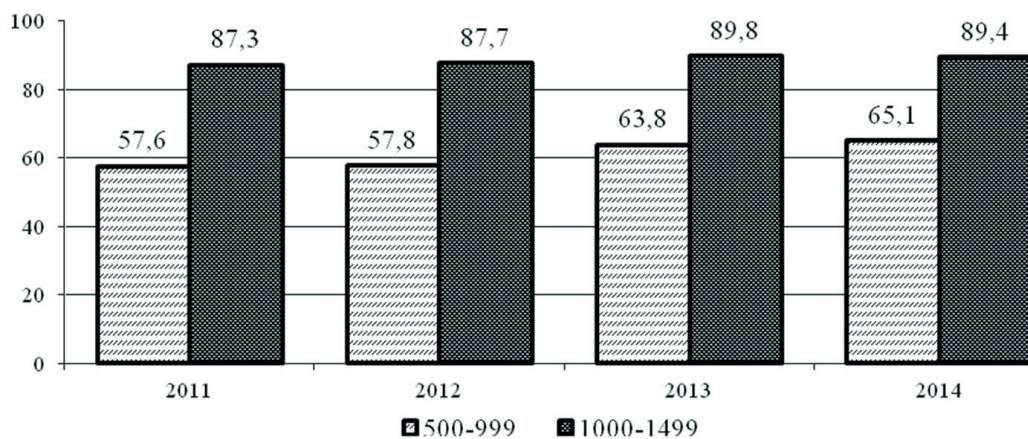


Рис. 3. Виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні (<1500 г) після перших 168 годин життя, на 100 народжених живими

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 захворюваності внутрішньоутробною гіпоксією та асфіксією 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 високого виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні в умовах ПЦ III рівня Національного проекту захворюваність недоношених новонароджених

в регіонах, де функціонують ПЦ III рівня Національного проекту, у 2014 р. нижча, 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 інвалідизуючими станами – пологовою травмою – 5,0 і 8,7, ВШ з 95% ДІ 0,6 (0,4–0,8) та внутрішньоутробною гіпоксією й асфіксією в пологах – 89,7 і 141,5, ВШ з 95% ДІ 0,6 (0,5–0,7) відповідно.

Ефективність впровадження РПД підтверджена і позитивною тенденцією фетоінфантильних

втратах. Фетоінфантильні втрати (ФІВ) є основним індикатором, що відображає проблеми перинатальної медицини. Цей показник дозволяє 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 і дозволяє більш повно оцінити якість та адекватність діяльності служби охорони материнства і дитинства, виробити найбільш ефективні управлінські рішення щодо профілактики втрат життєздатних дітей першого року життя на всіх її етапах. За період впровадження РГД 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 переважає 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 році. Друге місце займають втрати життєздатних дітей на першому тижні життя – 24,6%, зі зменшенням їх долі з 25,5% до 23,5%, третє – втрати у постнеонатальному періоді – 21,9%, 22,5% та 21,4% відповідно. Останнє місце в структурі ФІВ посідають втрати немовлят у пізньому неонатальному періоді – 11,2%, зі зростанням їх долі з 10,9% до 11,5% відповідно.

У цілому у зниженні рівня ФІВ життєздатних дітей позитивна роль належить малюковій смертності, 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) (рис. 4). При цьому позитивний вплив РГД 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 РГД і на рівень мертвонароджуваності – 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 і низьким з позитивною тенденцією коефіцієнтом співвідношення пізньої П (28 днів – 1 рік) і ранньої Р (мертвонароджуваність + 0–27 днів життя новонароджених) смертності життєздатних дітей (П/Р) – 0,29 у 2011 р. і 0,27 у 2014 році.

Висновки

Дані аналізу РГД в Україні за показниками МіО РГД 2014 р. в основному підтвердили очікувані результати. У 2014 р. із загальної кількості пологів у ЗПД I рівня було розроджено 36,5% жінок, II рівня – 46,8%, III рівня – 16,7%, що кореспондується з даними РГД у ННД. Встановлена достатня, відповідна орієнтовним значенням, концентрація у ПЦ III рівня розроджень вагітних із вродженими вадами серця (63,4%), хворобами системи кровообігу (50,5%) та народжень новонароджених з масою тіла 500,0–999,0 г (59,0%) і 1000,0–1499,0 г (52,9%) при збільшенні їх виживання у перші 168 годин життя з 57,6% у 2011 р. до 64,2% у 2014 р.

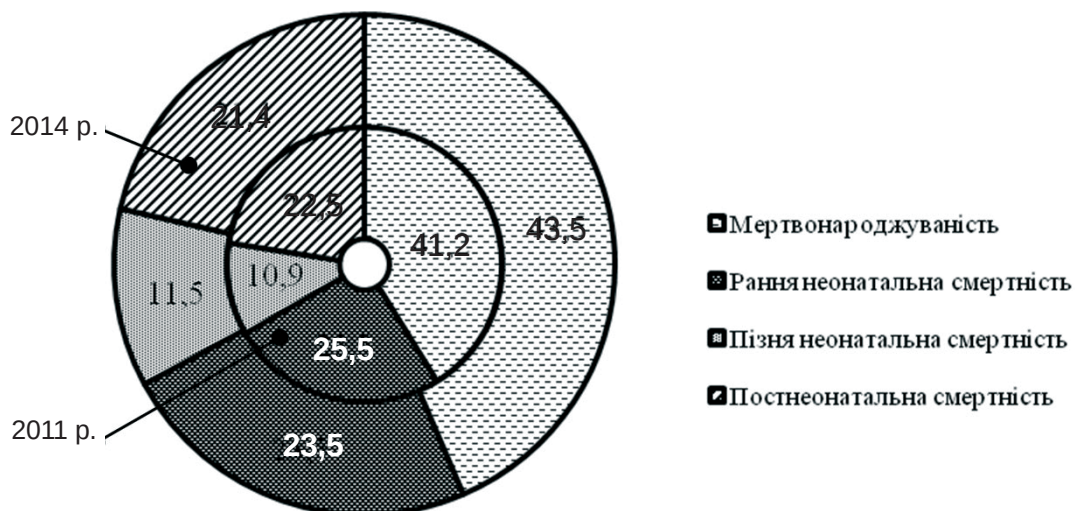


Рис. 4. Структура фетоінфантильних втрат, Україна, 2011, 2014 рр. (%)

(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. Характерне значно більше виживання 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 з 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 відповідно.

Ефективність впровадження РГД підтверджена і позитивною тенденцією ФІВ 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) та коефіцієнта П/Р – 0,29 у 2011 р. і 0,27 у 2014 році.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впровадження в Україні системи регіоналізації перинатальної допомоги другого рівня.

Список літератури

1. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2000 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org/russian/document/declarat/summitdecl.htm>. – Название с экрана.
2. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf. – Название с экрана.
3. Дудіна О. О. Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охороні здоров'я матерів і дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. – Київ, 2013. – С. 37–51.
4. Дудіна О. О. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 64–69.
5. Дудіна О. О. Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров'я дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко, Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. – 2015. – № 4. – С. 24–29.
6. Ласуэлл С. М. Регионализация перинатальной помощи детям с очень низкой массой тела при рождении и недоношенным детям: Метаанализ [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.healhqquality.ru>. – Назва з екрану.

СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Г.А. Слабкий, А.Н. Дзюба, Е.А. Дудина, Ю.Ю. Габорец

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

Цель: изучить и проанализировать состояние регионализации перинатальной помощи в Украине.

Материалы и методы. Изучались данные Центра медицинской статистики МЗ Украины за период 2011–2014 гг.; результаты мониторинга регионализации перинатальной помощи в Украине, который проводит Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины.

Результаты. Из общего количества родов в учреждениях перинатальной помощи I уровня было родоразрешено 36,5% женщин, II уровня – 46,8%, III уровня – 16,7%. Установлена достаточная концентрация в перинатальных центрах III уровня родоразрешений беременных с врожденными пороками сердца (63,4%), болезнями системы кровообращения (50,5%) и новорожденных с массой тела 500,0–999,0 г (59,0%) и 1000,0–1499,0 г (52,9%), при увеличении их выживаемости в первые 168 часов жизни с 57,6% в 2011 г. до 64,2% в 2014 г. и с 87,3% до 89,9% соответственно. Определены значительно лучшие показатели выживаемости этих категорий новорожденных в учреждениях перинатальной помощи III уровня по сравнению с учреждениями I уровня.

Выводы. Регионализация перинатальной помощи позитивно влияет на ее эффективность.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перинатальная помощь, состояние внедрения, показатели деятельности.

STATE OF REGIONALIZATION OF PERINATAL CARE IN UKRAINE

G.O. Slabkyi, O.N. Dzyuba, A.A. Dudina, J.J. Haborets

SI "Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

Purpose: To study and analyze the regionalization of perinatal care condition in Ukraine.

Materials and methods. Data of the Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine during 2011–2014 were studied; monitoring results of regionalization of perinatal care in Ukraine, which carries out by Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine.

Results. From the total number of births in perinatal care institutions of first level was deliveries 36.5% of women, the second level – 46.8%, the third level – 16.7%. Sufficient concentration in perinatal centers of third level of deliveries pregnant women with congenital heart diseases (63.4%), diseases of the circulatory system (50.5%) and newborns weighing 500.0–999.0 g (59.0%) and 1000.0–1499.0 g (52.9%) has been established, increasing their survival rate at first 168 hours of life from 57.6% in 2011 up to 64.2% in 2014 and from 87.3% up to 89.9% accordingly. It is revealed considerably best survival rates of these categories of newborns in perinatal care institutions of third level compared with institutions of first level.

Conclusions. Regionalization of perinatal care positively influences on its efficiency.

KEY WORDS: perinatal care, the state of implementation, performance indices.

Рукопис надійшов до редакції 16.06.2016 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олександрович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб. +38(044) 576-41-19.

Дзюба Олександр Миколайович – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб. +38(044) 576-41-49.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-16.

Габорець Юрій Юрійович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел. служб. +38(044) 576-41-19.