

# Актуальність створення перинатальних центрів в Україні

**Н.Г. Гойда, В.Є. Донець**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації

Наслідки соціальних та економічних негараздів в Україні негативно позначаються, перш за все, на здоров'ї громадян. Разом з іншими шкідливими факторами вони сприяють росту захворюваності, інвалідності та смертності. Названі показники є вищими, ніж в країнах Євросоюзу. Так, загальна смертність в Україні у 2011 р. становила 14,5 на 1000 населення, а в країнах Європейського Союзу, за даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, – 9,72.

Усе це відбувається на фоні демографічної кризи, яка розпочалась ще з 1992 р., коли вперше показник загальної смертності перевищив рівень народжуваності.

Незважаючи на те що з 2001 р. народжуваність в Україні поступово стала підвищуватись (з 7,7 – у 2001 р. до 11 – у 2010 р.) і підвищення становило вже понад 40% (42,9%), країна ще не вийшла з так званої пастки низької народжуваності.

Відомо, що смертність дітей віком до 1 року є одним з найчутливіших індикаторів ступеня соціально-економічного розвитку суспільства, що акумулює в собі рівень освіти і культури, стан довкілля, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві.

Тому не випадково, що саме показник малюкової смертності (смертності дітей першого року життя) включено до переліку Цілей Тисячоліття, визначених на Саміті Тисячоліття в Нью-Йорку ще у 2000 р. і прописаних у Декларації.

Завданням цілі №4 є зниження на дві третини смертності дітей у віці до 5 років. Наша країна йде до виконання даної цілі досить повільно. Це можна прослідкувати на показниках смертності дітей першого року життя. Незважаючи на деяке зниження показника, його рівень залишається у 2–2,5 разу вищим від такого в країнах Євросоюзу. У 2011 р. рівень малюкової смертності становив 9,08 на 1000 народжених живими, тоді як середній у країнах Євросоюзу – 4,18.

Ризик смертності малюків найбільш високий у перші 28 днів життя і це підтверджується даними статистики ВООЗ, які свідчать, що кожного року у світі:

- близько 1 млн малюків помирає в перший день свого життя;
- ще 2 млн помирають протягом наступного тижня;
- ще 1 млн – при досягненні одного місяця від народження.

В Україні вікова структура малюкової смертності має такий вид: 44% помирає у віці 0–6 днів, 17,9% – у віці 7–27 днів, 38,1% – у віці 28 днів – 1 рік.

Аналіз структури причин малюкової смертності свідчить, що переважають так звані ендогенні причини, які зумовлені незалежними від зовнішнього середовища факторами, а пов'язані зі станом здоров'я матері, перебігом вагітності та пологів і класифікуються як стани, що виникли в перинатальний період.

Серед причин смерті новонароджених у ранній неонатальний період та гібелі плода переважають гіпоксичні стани, що потребує їх усунення в усі періоди внутрішньоутробного розвитку плода та після народження.

Серед Цілей Саміту Тисячоліття зазначена Ціль №5 – це зниження на три чверті рівня материнської смертності, по-

казник якої на сьогодні залишається високим. У 2011 р. він становив 16,7 на 100 тис. народжених живими.

Основними причинами материнських втрат в останні роки залишаються екстрагенітальні захворювання, маткові кровотечі, сепсис та ін. Так, на екстрагенітальні захворювання в структурі причин материнської смертності припадає 33–34%. На жаль, кожна п'ята померла вагітна, роділля і породілля гине від кровотечі. Аналіз медичної документації даної групи померлих свідчить про несвоєчасність і неадекватність надання медичної допомоги в акушерських стаціонарах.

Усе це стало основою для формування нових підходів до організації та розвитку перинатальної допомоги в Україні. Міністерством охорони здоров'я України розроблена відповідна Концепція, а її реалізація здійснюється через один з одинадцяти Національних проектів Президента України – «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства».

Розвиток перинатальної допомоги розглядається як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому. Адаптація надання акушерсько-гінекологічної допомоги як передумови повноцінної перинатальної допомоги буде розпочинатись з діяльності центрів первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких будуть входити амбулаторії загальної практики / сімейної медицини, організовані на принципах як індивідуальної практики сімейних лікарів, так і групової.

За типовою структурою, яка визначена Примірним статутом перинатального центру, що затверджена наказом МОЗ № 52 від 02.02.2011 р. «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції», протягом 2011–2014 рр. будуть створені перинатальні центри III рівня в усіх областях, містах Києві та Севастополі.

У ході своєї реалізації Проект «Нове життя» передбачає три групи інвестицій: матеріальні ресурси, людські ресурси та інформаційна підтримка.

Щодо людських ресурсів, то це всі форми підвищення кваліфікації, особливо для невузівських областей.

До переліку спеціалістів, які будуть працювати в перинатальних центрах, входять лікарі акушери-гінекологи, неонатологи, анестезіологи, анестезіологи дитячі, функціональної діагностики, ультразвукової діагностики, медичної генетики, терапевти, хірурги дитячі та інші за потребою.

Їх підготовка є основним завданням для всіх вищих медичних навчальних закладів. План підготовки на 2011–2013 рр. затверджено Міністерством охорони здоров'я і жорстко контролюється щоквартально.

Для зазначених спеціалістів кафедрами розроблені і затверджені програми і плани циклів тематичного удосконалення та спеціалізації. Основними темами для таких циклів є: актуальні питання перинатології; питання профілактичної перинатології та планування сім'ї; сучасні основи профілактичної перинатології; первинна реанімація та післяреанімаційна допомога новонародженим; фізіологія та патологія передчасно народжених дітей та ін.

Спільно з міжнародними Проектами, які реалізуються в Україні, підготовлені навчально-методичні посібники, в тому числі і електронні. Зокрема, найбільший внесок у розвиток перинатальних технологій зробила українсько-швейцарська програма, з якою Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика підписала та реалізує Меморандум про співпрацю.

Спільно з програмою «Разом до здоров'я», яка виконувалась в Україні у 2008–2011 рр. за підтримки Агентства з міжнародного розвитку США, підготовлено навчально-методичний посібник «Дидактичні основи викладання питань репродуктивного здоров'я».

Крім структурних змін в організації перинатальної допомоги важливе значення має впровадження нових перинатальних технологій. Серед них це: партнерські пологи, сумісне перебування матері і дитини, нові підходи до грудного вигодовування, скорочення термінів перебування в пологовому стаціонарі та ін.

Усі ці зміни передбачають покращання показників здоров'я матерів та дітей.

Однак сподіватись на успіх лише за допомогою медичних заходів не слід, адже збереження здоров'я населення виходить за рамки суто медичної проблеми і стає загальнодержавною, міжсекторальною проблемою. Дана проблема значною мірою залежить від формування пріоритету здорового способу життя, зменшення негативного впливу екологічних факторів, бідності тощо.

Лише комплексний системний підхід може змінити ситуацію зі здоров'ям жінок та дітей на краще.

Крім того, сподіватись на успішне вирішення проблеми репродуктивного здоров'я лише на рівні центральних органів управління було б неправильно.

Проблеми формуються в середовищі, де проживають жінки різних вікових груп, тому і вирішувати їх слід, починаючи з першого рівня надання медичної допомоги, і чітко розмежувати по всіх рівнях: первинному, вторинному і третинному.

Прикладом зміни підходів до організації і надання перинатальної допомоги на регіональному рівні може служити Житомирська область.

Досвід регіоналізації перинатальної допомоги та її результати свідчать про ефективність таких підходів.

Стратегічним напрямком удосконалення перинатальної допомоги в Житомирській області було обрано створення трьохрівневої медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим. Після глибокого аналізу ситуації розподіл на рівні був здійснений таким чином.

На I рівні надається медична допомога вагітним при неускладненому перебігу вагітності, пологів. Вона може надаватися сімейними лікарями, лікарями акушерами-гінекологами, як у лікарських амбулаторіях, дільничних лікарнях, так і в центральних районних лікарнях (до I рівня надання медичної допомоги увійдуть лікувальні заклади з кількістю пологів до 300, якщо відстань до II рівня більше 60–70 км).

До II рівня надання перинатальної допомоги належать міжрайонні пологові центри на базі потужних пологових відділень міських або ЦРЛ (у радіусі 60–70 км).

III рівень перинатальної допомоги здійснюється в обласному перинатальному центрі, де надається медична допомога вагітним, роділлям, породіллям групи високого перинатального ризику та новонародженим у перші 10 діб, а також новонародженим з критично-низькою масою тіла до часу їх транспортування на II етап виходжування новонароджених, який був створений на базі обласної дитячої лікарні.

Розподіл вагітних, роділь, породілей відповідно до рівня надання перинатальної допомоги залежить від ступеня готовності того чи іншого рівня до надання акушерської і перинатальної допомоги.

Для правильного скерування вагітних на той чи інший рівень нами була розроблена для кожного регіону організаційна стратегія, яка включає в себе всебічне обстеження вагітної, вчасне виявлення тієї чи іншої патології як у вагітної, так і в плода та скерування її в разі необхідності на вищий рівень надання медичної допомоги.

На I рівні перинатальної допомоги вагітні беруться на облік, відповідно до наказу МОЗ України № 417 від 15.07.11 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Ведеться обстеження вагітної, оформляється облікова медична документація (Ф-11-0, Ф-13).

Вагітну може наглядати як сімейний лікар, так і лікар акушер-гінеколог. Якщо під час вагітності виникають ускладнення перебігу вагітності, сімейний лікар зобов'язаний скерувати вагітну до лікаря акушера-гінеколога.

На I рівні створюються і працюють «Школи відповідального батьківства», до навчання в яких залучаються і члени сімей вагітних. Тематика занять затверджується. Навчання проводять акушерки, сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи, психологи.

У разі потреби на даному рівні можуть проводитись неускладнені пологи (якщо відстань до міжрайонного пологового центру більше 70 км).

Обов'язково I рівень оснащений спеціалізованим транспортом для доставки вагітних на пологи в міжрайонні акушерські центри. Транспорт повинен бути укомплектований укладкою для прийняття пологів на шляху транспортування та необхідним набором медикаментів.

II рівень – міжрайонні пологові центри, до складу яких входять пологові відділення сумісного перебування матері і дитини з індивідуальними і сімейними пологовими залами, відділеннями патології вагітних, палати інтенсивної терапії для вагітних і породілей, палати інтенсивної терапії для новонароджених.

У даних центрах необхідно, згідно з нашими даними, організувати цілодобові пости лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-анестезіологів, лікарів-неонатологів. Також повинні функціонувати цілодобові пости акушерок, дитячих медсестер, анестезіологів.

Усі зазначені відділення повинні бути оснащені необхідним обладнанням, а медичний персонал мати відповідну кваліфікацію.

Радіус обслуговування не перевищує 60–70 км, оскільки більш віддалене транспортування погіршує прогноз виживання для матері і дитини.

III рівень – Житомирський обласний перинатальний центр, обласна дитяча лікарня.

У зазначеному закладі концентрується дороговартісне оснащення, висококваліфікований персонал, а також чітко відпрацьовані, згідно з клінічними протоколами, технології по веденню ускладнених пологів та патологічних станів новонароджених.

Заклад III рівня включає в себе такі підрозділи, які були обґрунтовані і апробовані в ході впровадження.

- Основними в структурі перинатального центру є:
- консультативно-діагностичне відділення (поліклініка);
  - стаціонарні відділення:
    - приймальне відділення;
    - акушерський стаціонар;
    - гінекологічний стаціонар;
    - неонатологічний та педіатричний стаціонар;
  - відділення трансфузіології;
  - дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями;
  - лабораторний та діагностичний блоки;
  - адміністративно-господарський блок.

Неонатальний компонент у структурі ПЦ включає два етапи виходжування новонароджених.

На рівні області була відпрацьована наступна структура III рівня надання перинатальної допомоги в частині неонатології.

Унаслідок неможливості поєднати в одному закладі двох етапів виходжування новонароджених, ці етапи ми запропонували розподілити між Житомирським обласним перинатальним центром та обласною дитячою лікарнею.

Візна бригада лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-неонатологів, лікарів-реаніматологів створена і функціонує на базі обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. До роботи зазначених виїзних бригад залучаються лікарі з першою та вищою кваліфікаційними категоріями обласного перинатального центру, обласної дитячої лікарні, обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського. Координатором дій лікарів виїзних бригад є головний акушер-гінеколог управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Для обґрунтування запропонованої регіоналізації нами був проведений аналіз причин народження жінками дітей у пологових стаціонарах інших районів.

Встановлено наступні причини:

- фактичне проживання жінки на території обслуговування певного лікувального закладу, а реєстрація в іншому районі;

- бажання жінки з різних причин народжувати в іншому лікувальному закладі;

- територіальна близькість населеного пункту, де проживає жінка, до лікувального закладу сусіднього району.

При плануванні роботи міжрайонних пологових центрів з метою наближення медичної допомоги до населення необхідно враховувати кількість вагітних із близько розташованих населених пунктів тих районів, які не закріплені за даним пологовим центром.

На II і III рівні надання перинатальної допомоги широко застосовувались нові перинатальні технології як під час вагітності, так і, особливо, під час пологів: фізична, емоційна і психологічна підтримка, партнерська підтримка членів родини, вільна позиція в пологах, активне ведення III періоду пологів, дотримання «теплого ланцюжка», ранній початок грудного вигодовування, контакт «шкіра до шкіри», відмова від пеленання, необмежена частота грудного вигодовування, відкрите ведення пупкового залишку та ін.

Нами проведена оцінка медичної ефективності як структурних змін закладу III рівня, так і впровадження нових перинатальних технологій.

За даними аналізу встановлено зростання відсотку партнерських пологів у 21,5 разу (від 3,6% у 2004 р. до 74,7% у 2011 р.), збільшення питомої ваги неускладнених пологів за вказаний період у 5 разів. Це відбулося, на нашу думку, за рахунок зменшення кількості індукованих пологів, аномалій пологової діяльності, зменшення амніотомій, епізіотомій та маткових кровотеч.

Завдяки зменшенню кількості кровотеч зменшився у 2 рази об'єм гемотрансфузій та переливань компонентів крові.

Доведена і економічна ефективність впровадження нових перинатальних технологій. Так, у 2004 р. ранньої виписки (до 6–7-го дня) породілей і новонароджених взагалі не було. Починаючи з 2005 р. і до сьогодні вона становить 91,2–95%, а після кесарева розтину на 3-тю добу в даний час виписується до 62,9% породілей. Це дало змогу зменшити середнє перебування на ліжку, збільшити оберт ліжка і як результат – надати медичну допомогу більшій кількості вагітних та хворих у межах тієї ж суми виділеного щорічного кошторису.

Упровадження ефективних перинатальних технологій спрямоване на кінцеву мету: на збереження життя і здоров'я новонароджених. Порівняно з 2004 р. загальна захворюваність новонароджених на кінець 2011 р. зменшилась у 2 рази, а за окремими нозологіями – і того більше. Частота внутрішньоматкової гіпоксії зменшилась у 4 рази, пологової травми – у 2,7 рази.

Дотриманням «теплого ланцюжка» кількість гіпотермій у новонароджених зведена до нуля.

У 92% випадків здійснюється контакт «шкіра до шкіри», завдяки чому майже в 4 рази зменшилась кількість гнійно-септичних інфекцій у новонароджених, а спалахів або групових захворювань на гнійно-септичні інфекції за час використання нових перинатальних технологій у Житомирському обласному перинатальному центрі не було.

На виключно грудному вигодовуванні із закладу виписується 93% немовлят.

Усе викладене дає можливість зробити ряд висновків: актуальність реформування перинатальної допомоги в Україні зумовлена високими показниками материнської і малокової смертності, низьким рівнем соматичного і репродуктивного здоров'я вагітних та кризовою демографічною ситуацією;

одним із шляхів поліпшення якості і доступності перинатальної допомоги є стратегія її регіоналізації, створення перинатальних центрів і застосування нових організаційних та медичних перинатальних технологій;

у разі створення перинатальних центрів III рівня необхідно мати в наявності три групи ресурсів: матеріальні, людські та інформаційні, а також використовувати багатоканальні фінансування;

програма регіоналізації перинатальної допомоги повинна бути адаптована до умов і можливостей кожного адміністративного регіону;

реалізація обласних програм регіоналізації перинатальної допомоги принесе медичну, соціальну і економічну ефективність, що підтверджується показниками та індикаторами кінцевих результатів на прикладі Житомирської області.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н.Г. Інтегрована перинатальна допомога // Моделі покращання перинатального здоров'я в Україні: узагальнення досвіду роботи 2005–2007 рр. / За ред. М. Рааб, Р. Моїсеєнко. – К.: Логос, 2009. – С. 29–61.
2. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций: Утверждена резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года // Режим доступа: <http://www.un.org/Russian/document/declaration/summitdecl.htm>.
3. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Введение // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1998. – № 5. – Копенгаген.: ВОЗ (ЕРБ).
4. Моїсеєнко Р.О., Рааб М. Як покращити перинатальну допомогу в Україні? Досвід україно-швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини 2008–2010 рр.» – Запоріжжя: ТОВ «Друкарня Друкарський світ», 2011. – 100 с.
5. Наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 52 «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».
6. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах».
7. Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. – Копенгаген, 2001. – 51 с. // Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/e74558r.pdf>.
8. Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global Estimates. – WHO Library cataloguing-in-Publication Data. 2006.
9. Tennessee perinatal care system: Guidelines for regionalization, hospital care levels, staffing and facilities (5th edition) // Tennessee Dept. of Health, 2004.