Результати діяльності перинатальних центрів в Україні

А.В. Терещенко, Н.Г. Гойда, Р.О. Моісеєнко, О.О. Дудіна
МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, м. Київ

На початок 2014 року в Україні створено і діє 12 перинатальних центрів III рівня (ПЦ III рівня), цьому передувала значна робота з підготовки та впровадження нормативної бази, підготовки фахівців, впровадження нових медико-організаційних технологій, а також забезпечення регіоналізації допомоги вагітним, роділлям та породіллям. У статті підведені перші підсумки моніторингу діяльності ПЦ в країні, які засвідчили ефективність технологій, що застосовуються.
Так, у 2013 році у ПЦ III рівня народжувало 57% вагітних з вродженими вадами серця, 34,3% з цукровим діабетом, 33,3% з важкими формами прееклампсії і еклампсії в цілому по Україні; народилось 59% новонароджених з масою тіла 500,0–999,0 г і 50,5% – масою тіла 1000,0–1499 г; 27% новонароджених з уродженими вадами розвитку; вдвічі знизилась з 6% до 2,9% частка новонароджених, що переведені до дитячих лікарень на доліковування, при цьому обґрунтовано збільшилась частка плодово-материнських втрат, які відбуваються на рівні ПЦ III рівня при зменшенні таких на I та II рівнях допомоги.
Ключові слова: *перинатальні центри, регіоналізація перинатальної допомоги, новонароджені, малюкова смертність, результати діяльності.*

З часу прийняття Декларації Тисячоліття (2000 р.), в якій прописані Цілі Саміту Тисячоліття, пройшло майже 14 років. Однією з цих Цілей [4] є зниження показника смертності дітей у віці 0–5 років у глобальному масштабі на дві третини за 1990–2015 роки.

Критерії досягнення наведеної Цілі щодо зниження дитячої смертності в Україні були розроблені з огляду на ситуацію, оскільки рівень дитячої смертності хоча і є відносно низьким, однак і він вищий майже у 2 рази, ніж аналогічний рівень в країнах Євросоюзу [1, 4, 6].

Україна вибрала 2 індикатори:

- рівень смертності дітей віком до 5 років;
- рівень смертності немовлят (дітей 1-го року життя).

Відомо, що в більшості розвинутих країн світу основні втрати дитячих життів припадають на вік до одного року. Така сама ситуація і в Україні. Смертність немовлят у нашій країні є основною складовою у формуванні смертності дітей до 5 років.

Перші 28 днів життя є найбільш уразливим періодом для виживання дитини. У світовому масштабі у 2012 р. близько 44% смертей до досягнення дітьми п'ятирічного віку трапляються саме в цей період [2, 5].

Якщо аналізувати неонатальну смертність, то частка смертей у віці до 24 год з часу народження в середньому у світі становить 30%, в країнах з низьким показником дитячих смертей – трохи більше 40%, в Україні – 16% [4].

Для вироблення тактичних кроків з досягнення Цілей необхідним був аналіз структури причин смертності немовлят. Проведений аналіз засвідчив, що понад половину смертей зумовлюють стани, які виникають в перинатальний період. Їхня питома вага складає дві третини всіх випадків смертей дітей першого року життя. Друге місце в структурі неонатальної та перинатальної смертності посідають уроджені вади розвитку:

Таблиця 1

Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним, роділлям і породіллям у ПЦ III рівня, 2013 рік (% до загальної кількості у регіоні обслуговування)

Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з вродженими вадами серця	Розроджено вагітних з хворобами системи кровообігу	Розроджено вагітних з цукровим діабетом	Розроджено вагітних з важкими формами прееклампсії, еклампсії	Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода
АР Крим	67,97	51,10	65,45	54,88	55,41
Дніпропетровська	5,61	21,67	4,31	36,94	13,85
Донецька	25,24	12,29	19,75	13,50	37,59
Житомирська	67,74	20,00	93,75	44,12	30,91
Запорізька	0,00	1,27	5,77	1,59	2,44
Кіровоградська	71,43	59,32	88,00	57,89	45,83
Луганська	29,17	9,20	51,11	22,22	12,90
Полтавська	72,00	68,87	100	81,97	33,78
Рівненська	100	39,48	38,89	35,83	27,45
Харківська	99,52	72,93	95,65	54,55	61,31
Хмельницька	41,54	13,52	36,84	13,51	19,44
м. Київ	52,87	26,74	14,71	45,91	13,89
Усього	57,0	35,9	34,3	33,3	31,3

Таблиця 2

Моніторингові показники доступності новонароджених до високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ПЦ III рівня, 2013 рік (% до загальної кількості в регіоні обслуговування)

Адміністративно-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла 500-999 г	Народжено живими з масою тіла 1000–1499 г	Народжено живими з масою тіла 1500–2499 г	Народжено живими з масою тіла >2500 г	Народжено живими з уродженими вадами розвитку
АР Крим	87,50	75,86	34,01	14,91	29,45
Дніпропетровська	59,46	26,32	20,25	10,43	19,14
Донецька	30,13	33,33	23,34	9,69	13,90
Житомирська	80,65	71,93	47,04	23,14	34,46
Запорізька	10,87	2,83	1,82	0,57	2,94
Кіровоградська	91,67	80,33	40,25	15,28	45,52
Луганська	28,21	24,30	10,06	2,73	5,71
Полтавська	76,32	68,33	45,49	13,96	41,69
Рівненська	32,56	57,83	33,69	18,70	19,45
Харківська	85,33	77,58	63,74	36,15	51,11
Хмельницька	57,14	43,59	9,30	6,00	13,63
м. Київ	65,79	48,44	33,53	18,85	26,12
Усього	59,0	50,5	31,0	15,4	27,0

серцево-судинної, нервової, опорно-рухової системи тощо. Значна частина вроджених аномалій при своєчасній діагностиці може бути скоригована ще в пренатальний або в ранній постнатальний період і зберегти життя дитини [4].

Гострою залишається також проблема збереження здоров'я та життя вагітних, роділей і породілей, адже рівень материнської смертності в Україні залишається також високим і складає в останні роки 14–12 на 100 000 народжених живими.

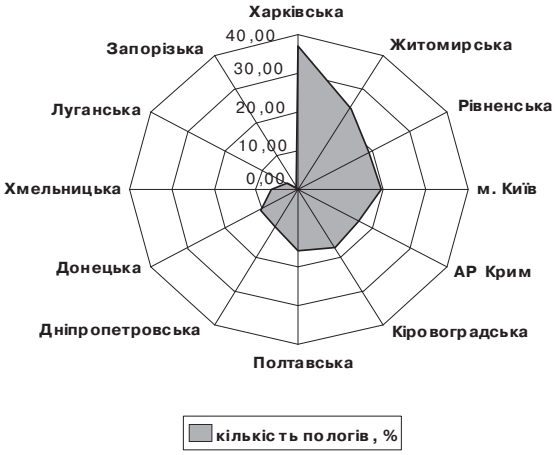
Саме зазначені реалії і спонукали до створення в Україні сучасної системи перинатальної допомоги.

Правовою підставою до таких змін став пакет нормативно-правових документів, до переліку яких відносяться такі:

- Наказ МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».
- Наказ МОЗ України від 13.04.2011 р. № 204 «Про затвердження та впровадження примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання».
- Наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру у складі закладу охорони здоров'я».
- Наказ МОЗ України від 25.07.2013 р. № 641 «Примірне положення про Перинатальний центр II рівня».
- Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах».
- Наказ МОЗ України від 14.11.2011 р. № 783 «Про затвердження Примірного табеля оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення перинатального центру III рівня».

Зазначені накази були тактичними кроками з реалізації Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства.

Саме Національний Проект передбачає створення мережі перинатальних центрів III рівня та забезпечення доступу до високоспеціалізованої перинатальної допомоги, належне матеріально-технічне забезпечення цих закладів, постійне підвищення професійної підготовки фахівців, які надають перинатальну допомогу, дотримання принципів регіоналізації перинатальної допомоги в регіонах, розроблення і проведення моніторингу та оцінки здійснення заходів для з'ясування ефективності реалізації Проекту [6, 7].



Мал. 1. Частка пологів у ПЦ III рівня, 2013 р. (% до загальної кількості пологів у регіоні)

Мал. 2. Частка переведених із пологових стаціонарів новонароджених, 2013 р., %

ISSN 1992-5921

Станом на 01.01.2014 р. в Україні організовано і функціонує 12 перинатальних центрів (ПЦ) III рівня, зокрема у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві.

Всі створені ПЦ III рівня відповідають стандартам акредитації та мають ліцензії на проведення господарської діяльності.

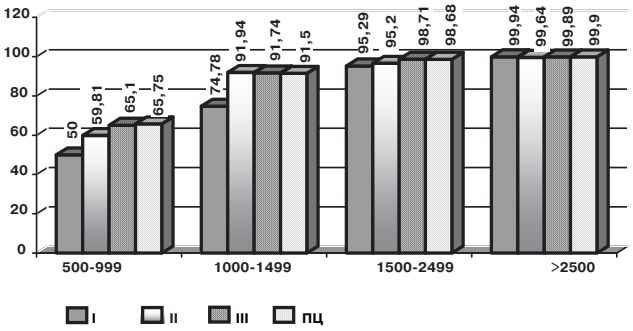
Щорічний моніторинг ефективності Національного проекту передбачає аналіз структури, процесу і результату.

Світовий досвід свідчить про те, що не менше 17% пологів слід проводити на III рівні надання перинатальної допомоги, зокрема в ПЦ.

За результатами 2013 року в ПЦ було сконцентровано 15,2% від загальної кількості пологів у регіонах, де функціонують ПЦ. Достатніми слід вважати показники у Житомирській (24,3%), Рівненській (19,2%), Кіровоградській (16,9%), Полтавській (15,6%) областях, м.Києві (19,3%) і АР Крим (16,3%) (мал. 1).

Однак важливим є не тільки оцінка концентрації пологів в ПЦ, а й структура госпіталізованих вагітних і роділей. Це пов'язано з тим, що в сучасній перинатології надзвичайну увагу приділяють профілактиці перинатальних ускладнень у жінок з важкою екстрагенітальною патологією. Доведено, що перенесення акценту лікування жінок з екстрагенітальними захворюваннями і їх розродження в стаціонарах ПЦ III рівня є резервом зниження материнської і малюкової смертності в країні. Розроблення та впровадження медичних стандартів супроводу та надання допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією дозволило сконцентрувати для розродження в ПЦ III рівня 57% вагітних з уродженими вадами серця, 35,9% з хворобами системи кровообігу, 34,3% з цукровим діабетом, 33,3% з важкими формами прееклампсії і еклампсії в цілому по Україні (табл. 1).

Важливою функцією ПЦ III рівня є проведення заходів щодо забезпечення висококваліфікованої медичної допомоги новонародженим немовлятам з малою і надто малою масою тіла. Тому концентрація вагітних з високим ризиком передчасних пологів на III рівні перинатальної допомоги дозволяє забезпечити надання їхнім новонародженим адекватної допомоги. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до 80% – у Бельгії, Німеччині, Італії та інших країнах.



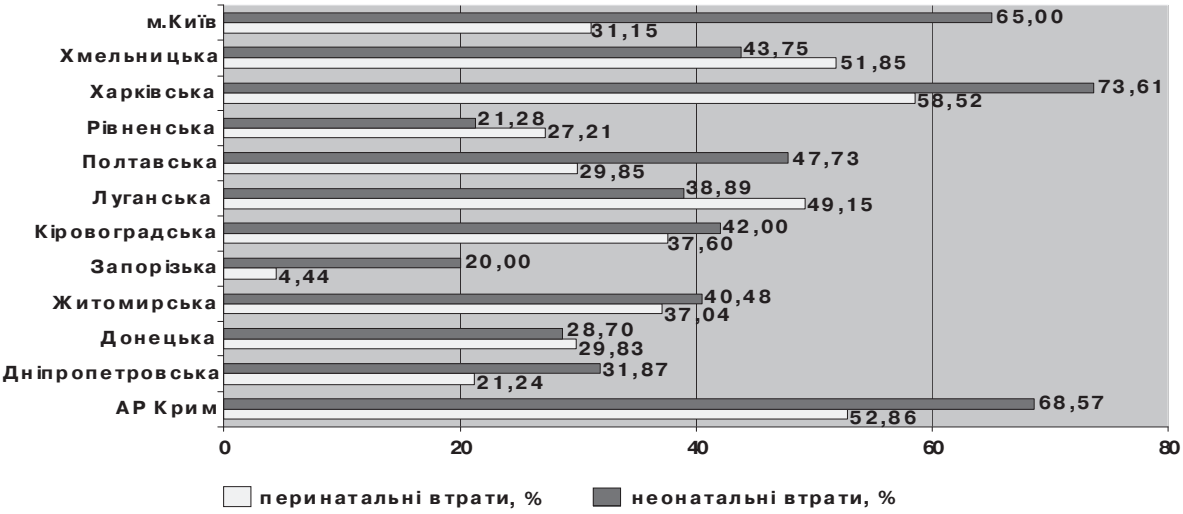
Мал. 3. Залежність виживаності новонароджених у перші 168 год від маси тіла при народженні та рівнів закладів охорони здоров'я, 2013 р., %

В Україні в 2013 році вдалося сконцентрувати в ПЦ народження 59% новонароджених з масою тіла 500,0–999,0 г і 50,5% – з масою тіла 1000,0–1499 г. Ще більші відсотки спостерігаються в ПЦ АР Крим (87,5%), Житомирської (80,6%), Кіровоградської (91,7%) та Харківської (85,3%) областей (табл. 2).

Своєчасна і якісна пренатальна діагностика вроджених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у ПЦ III рівня і за необхідності здійснити ранню постнатальну корекцію тих чи інших аномалій. Усього в ПЦ народилися 27% новонароджених з вродженими вадами розвитку, а в окремих областях ці результати ще успішніші. Так, у Харківській області 51,1% дітей з уродженими вадами народилися в ПЦ, в Кіровоградській – 45,5%, Полтавській – 41,1%.

Однією з цілей Концепції створення ПЦ III рівня була організація такої допомоги новонародженим, яка б забезпечила мінімальне переведення новонароджених в інші заклади охорони здоров'я, зокрема в неонатальні відділення обласних і міських дитячих лікарень.

Якщо до впровадження регіоналізації перинатальної допомоги із пологових стаціонарів переводилось близько 6% новонароджених, то за 2013 рік лише 2,9% з коливанням цього показника від 7,5% у Житомирській, 7,3% – у Запорізькій, 5,4% – у Рівненській до менше як 2% у Полтавській, Луганській і Донецькій областях (мал. 2).



Мал. 4. Порівняльна характеристика частки перинатальних і неонатальних втрат у ПЦ III рівня, % від загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

Наведені вище показники слід вважати такими, які характеризують зміни процесу надання перинатальної допомоги. Для досягнення позитивних результатів в показниках якості впровадження медико-організаційних технологій, до яких належать коефіцієнти виживаності новонароджених, неонатальної і материнської смертності, потрібен більш тривалий термін впровадження.

Однак, за даними моніторингу 2013 року вже досягнуті певні позитивні результати (мал. 3).

Як видно на мал. 3, виживаність новонароджених у перші 168 год життя у регіонах, де функціонують ПЦ III рівня, з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г коливалася від 50% у закладах охорони здоров'я I рівня надання перинатальної допомоги до 59,8% у закладах охорони здоров'я III рівня та 65,8% – у ПЦ III рівня. Виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г відповідно 74,8%, 91,4%, 91,7% та 91,5%.

Аналіз виживаності новонароджених з масою тіла 500,0–999,0 г в розрізі регіонів, де функціонують ПЦ III рівня, свідчить, що ці показники найвищі в Полтавській (86,2%), Луганській (81,8%), Рівненській (78,6%), Дніпропетровській (78,7%) областях та м. Києві (72%).

Наведені цифри, на перший погляд, свідчать про позитивні зміни. Однак дані ВООЗ про виживаність новонароджених з такими параметрами маси тіла значно нижчі (відповідно 30% і 70%). Тому дані областей про виживаність новонароджених потребують клінічного аудиту кожного окремого випадку.

Основною метою вітчизняної перинатології вважалося зниження репродуктивних втрат – неонатальної, перинатальної і материнської смертності, які є основними критеріями якості та рівня організації роботи перинатальних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я. Водночас вони є інтегрувальним показником здоров'я жінок репродуктивного віку і відображують популяційний підсумок взаємодій економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників.

Концентрація госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ПЦ III рівня зумовлює більш високий рівень показників перинатальної, неонатальної і материнської смертності у цих закладах. Об'єктивним критерієм забезпечення маршрутів пацієнток з високим перинатальним ризиком є показник концентрації плодово-малюкових і материнських втрат у закладах перинатальної допомоги III рівня і ПЦ III рівня. Регіоналізація перинатальної допомоги привела до значного зниження частки новонароджених і померлих в перинатальний та неонатальний період в родопомічних закладах I (21,28% і 21,9%) та II рівня (35,63% і 29,1%). Очікується, що при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги у регіоні, частка плодово-малюкових втрат у ПЦ III рівня від їхньої загальної кількості в регіоні обслуговування повинна наближатися до 60–70%. Наразі цим критеріям відповідає лише діяльність ПЦ III рівня АР Крим, де за період функціонування закладу частка перинатальних втрат від загальної кількості загиблих в регіоні становила 52,86%, а неонатальних – 68,57%, та Харківську область, де ці показники відповідно складали 58,52% та 73,61% (мал. 4).

Украй низька, що потребує вивчення, частка перинатальних втрат у ПЦ III рівня Дніпропетровської (21,24%), Рівненської (27,21%), Полтавської (29,85%), областей та м. Києва (31,15%), а втрат у неонатальний період – у Рівненській (21,28%), Донецькій (28,7%), Дніпропетровській (31,87%) областях. При цьому все ще велика частка померлих у неонатальний період новонароджених та перинатальних втрат у закладах перинатальної допомоги первинного рівня Рівненської (63,8% і 49,66%), Житомирської (52,4% і 62,96%) , Кіровоградської (50,0% і 49,6%) областей.

ВИСНОВКИ

1. Зміни, які відбулися в організації перинатальної допомоги в Україні, відповідають Цілям Саміту Тисячоліття.

2. Позитивні результати за даними 2013 року досягнуті не лише завдяки організації перинатальних центрів III рівня, а й чіткої регіоналізації перинатальної допомоги.

3. Проведення моніторингу за діяльністю перинатальних центрів та аналіз їхньої ефективності є вагомим інструментом в становленні оптимальної системи перинатальної допомоги.

Результаты деятельности перинатальных центров в Украине

А.В. Терещенко, Н.Г. Гойда, Р.А. Моисеенко, А.А. Дудина

К началу 2014 года в Украине создано и действует 12 перинатальных центров III уровня (ПЦ III уровня), этому предшествовала значительная работа по подготовке и внедрению нормативной базы, подготовке специалистов, внедрению новых медико-организационных технологий и обеспечению регионализации помощи беременным, роженицам и родильницам. В статье подводятся первые итоги мониторинга деятельности ПЦ в стране, которые показали эффективность применяемых технологий.

Так, в 2013 году в ПЦ III уровня рожали 57% беременных с врожденными пороками сердца, 34,3% с сахарным диабетом, 33,3% с тяжелыми формами преэклампсии и эклампсии в целом по Украине. За год родилось 59% новорожденных с массой тела 500,0–999,0 г и 50,5% – с массой тела 1000,0–1499 г, 27% новорожденных с врожденными пороками развития; вдвое снизилась с 6% до 2,9% доля новорожденных, которые переводятся в детские больницы на долечивание, при этом обоснованно увеличилась доля плодово-материнских потерь, которые происходят на уровне ПЦ III уровня при уменьшении таких на I и II уровнях помощи.

Ключевые слова: *перинатальные центры, регионализация перинатальной помощи, новорожденные, младенческая смертность, результаты деятельности.*

Operating results perinatal centers in Ukraine

A.V. Tereshchenko, N.G. Hoida , R.A. Moiseenko, A.A. Dudina

By the beginning of 2014 in Ukraine created and operates 12 perinatal centers level III (PC III level), it was preceded by considerable work on the preparation and implementation of the regulatory framework, training, introduction of new health technologies and organizational security regionalization of care for pregnant women, women and childbirth. The article summarizes the first results of the monitoring activities of the HRC in the country who have shown the effectiveness of the technologies used.

So, in 2013, the HRC Level III was born 57% of pregnant women with congenital heart disease, 34,3% with diabetes, 33,3% with severe pre-eclampsia and eclampsia in Ukraine as a whole. During the year 59% of infants born weighing 500,0-999,0 g and 50.5% – weighing 1000,0-1499 g, 27% of infants with congenital malformations; twice dropped from 6% to 2,9% share of newborns who are transferred to children's hospitals for follow-up care, while the share of reasonably fruit and maternal deaths that occur at HRC III level decreases such I and II levels of care.

Keywords: *perinatal centers, regionalization of perinatal care, newborn, infant mortality, results of operations.*

Сведения об авторах

Терещенко Алена Васильевна – Министерство здравоохранения Украины, 01601, г. Киев, ул. Грушевского 7

Гойда Нина Григорьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: n_gojda@ukr.net

Моисеенко Раиса Александровна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Дудина Елена Александровна – Институт стратегических исследований МЗ Украины, 02099, г. Киев, пер. Волго-Донский, 3

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Державна доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2007 року: кол.монографія / Кер. авт. кол. А.Г. Зінченко. – К.: Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту. Державний департамент з усиновлення та захисту прав дитини, Державний ін.-т розвитку сім'ї та молоді, 2008. – 191 с.

2. Национальные Цели развития тысячелетия: платформа для действия (Региональный доклад о Целях развития тысячелетия в странах Европы и СНГ). – Братислава: Регион бюро ПРООН по странам Европы и Содружества Независимых Государств, 2006. – 210 с.

3. Рингач Н.О. Оцінка досягнення Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності в Україні / Н.О. Рингач // Демографія та соціальна економіка. – 2013. – № 2. – С. 25–34.

4. Україна. Цілі розвитку тисячоліття 2000+5 [матеріали до ювілейної 60-ої сесії Генеральної Асамблеї ООН]. – К.: М-во економіки та з питань європ. інтеграції, 2005. – 47 с.

5. Улучшение материнского и перинатального здоровья: Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности. – Copenhagen: Who Regional Office for Europe, 2009. – 51 с.

6. Цілі розвитку Тисячоліття Україна – 2010: Національна доповідь/ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.undp.org.ua/files/ua_53509 MDGS_UKRAINE2010_UKR.pdf

7. Цілі розвитку Тисячоліття Україна – 2013: Національна доповідь (Проект станом на 22 липня 2013 року). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.niss.gov.ua/public/File/2013_table/1807_recomendation.pdf

Статья поступила в редакцию 04.03.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПРОБИОТИКИ МЛАДЕНЦЕВ ОТ КОЛИК НЕ ИЗБАВЛЯЮТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У детей в течение первых 2-3 месяцев после появления на свет нередко нарушается пищеварение, даже если они питаются исключительно материнским грудным молоком.

Связано это с тем, что у младенцев еще недостаточно развита микрофлора кишечника, и они испытывают трудности с перевариванием пищи.

Дети, страдающие коликами, беспокойны, часто плачут, у них замедляется прирост веса - по этой причине педиатры и матери стремятся облегчить состояние малышей.

Нередко детям в таких случаях дают пробиотики - препараты или пищевые добавки, содержащие микроорганизмы, которые способствуют пищеварению.

Однако интернациональная группа ученых, состоявшая из сотрудников нескольких университетов Канады и Австралии, пришла к выводу, что, по крайней мере, один из популярных пробиотиков не уменьшает проявлений колик у грудных детей.

Авторы исследования обнаружили, что колонизация желудочно-кишечного тракта младенцев молочнокислыми бактериями Lactobacillus reuteri не приводит к видовому разнообразию кишечной микрофлоры детей.

В исследовании принимали участие в общей сложности 167 детей в возрасте 2-3 месяцев, часть из которых находилась на грудном вскармливании, а другая часть - на искусственном.

85 младенцев на протяжении 1-го месяца получали пробиотик Lactobacillus reuteri в небольшом количестве грудного молока или смеси, а 82 малышам давали плацебо.

Наблюдение за детьми, а также регулярное лабораторное исследование их стула показало, что, во-первых, частота приступов беспокойства и продолжительность плача в группе, получавшей пробиотик, не снизилась по сравнению с группой плацебо, а, во-вторых, анализ стула показал, что не произошло практически никаких изменений в составе кишечной микрофлоры у детей, получавших пробиотик.

Было также обнаружено, что в подгруппе младенцев, которые находились на искусственном вскармливании и получали Lactobacillus reuteri, средняя продолжительность периодов беспокойства и плача в течение суток даже заметно увеличилась.

Источник: www.health-ua.org