

УДК:616-036.8

ДОСТУПНІСТЬ НЕДОНОШЕНИМ НОВОНАРОДЖЕНИМ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Слабкий Г.О.* , Габорець Ю.Ю.** ,
Дудіна О.О.**

* - ДВНЗ «Ужгородський національний
університет», м. Ужгород.

** - ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»

Summary: The results of study allowed to register the growth of the level of accessibility to highly specialized (tertiary) perinatal care for preterm newborns in the country. This indicator has the distinction depending both on the body weight at birth and on the regions of Ukraine. The indicator for live newborns with body weight 500–999 grams ranges from 6,9% in Mykolayiv region to 100% in Ternopil, Sumy, Poltava regions. The indicator for live newborns with body weight 1000 – 1499 grams ranges from 7.7% in Mykolayiv to 100% in Sumy region.

Key Words: preterm newborns, highly specialized (tertiary) perinatal care, accessibility.

В Україні проводиться реформа перинатальної допомоги [3] активно впроваджується система регіоналізації перинатальної допомоги [2,4], яка передбачає створення перинатальних центрів трьох рівнів. Високоспеціалізована перинатальна допомога має надаватися в перинатальних центрах третього рівня.

Важливою задачею регіоналізації перинатальної допомоги є зниження рівня материнських та малюкових втрат та збереження їх здоров'я [1].

Мета дослідження: вивчити та провести аналіз питання доступності недоношеним новонародженим

високоспеціалізованої перинатальної допомоги.

Матеріали та методи: дані моніторингу діяльності закладів перинатальної допомоги (ЗПД) в Україні за період 2014–2016 рр. та дані галузевої статистичної звітності за вказаний період. Методом дослідження став статистичний метод.

Результати та їх обговорення Відповідно до алгоритму ведення вагітних з перинатальним ризиком, розродження вагітних з антенатальною загибеллю плода здійснюється у ЗПД II–III рівнів. За даними моніторингу 2014–2016 рр., у ЗПД II–III рівнів було розроджено 75,1%–70,5% пацієнток. Достатньою можна вважати роботу із забезпечення маршруту пацієнток з цією патологією лише у Дніпропетровській, Сумській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня було розроджено менше 15% пацієнток від загальної кількості розроджених пацієнток з антенатальною загибеллю плода в регіоні. Потребує доопрацювання питання забезпечення маршрутів цих пацієнток у Волинській, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Хмельницькій, областях, де цей показник перевищує 50%.

Згідно з переліком, показанням до направлення вагітних у ЗПД III рівня є передчасні пологи в терміні вагітності 22–34 тижні. Актуальність проблеми концентрації розроджень дітей з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня зумовлена тим, що вже в перші дні життя часто вирішується питання про їх життєздатність. Тому збереження життя цих дітей можливе тільки в умовах обслуговування їх високкокваліфікованим персоналом із застосуванням сучасного високотехнологічного лікувально-діагностичного обладнання. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі, – частка новонароджених з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у

Дані та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії, а за даними метааналізу досліджень РПД, у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених з масою тіла при народженні ≤ 1500 грамів.

В Україні у 2014–2016 рр. в ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження 59,0%–64,5% немовлят з масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4%–53,9% з масою тіла 1000–1499 г (табл. 1).

Таблиця 1

Показники доступності новонародженим високоспеціалізованої перинатальної допомоги у закладах перинатальної допомоги III рівня, 2014–2016 рр. (% до загальної кількості в регіоні обслуговування)

Адміністративна-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла 500–999 г			Народжено живими з масою тіла 1000–1499 г		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
<i>Область</i>						
Вінницька	34,6	35,1	43,6	38,4	52,4	28,4
Дніпропетровська	64,8	65,5	68,9	35,4	41,3	46,7
Житомирська	84,6	93,5	83,3	82,8	77,2	79,4
Запорізька	82,4	86,1	85,7	74,6	82,1	80,9
Ів.-Франківська	95,7	84,4	87,8	85,6	82,3	79,8
Київська	48,6	47,1	55,3	33,3	47,9	54,5
Кіровоградська	88,2	75,0	60,0	76,7	63,8	68,1
Львівська	78,7	65,6	75,8	64,9	65,1	67,7
Миколаївська	-	4,8	6,9	-	11,7	7,7
Одеська	31,7	53,4	53,1	44,4	49,2	54,8
Полтавська	81,0	100,0	100,0	69,0	69,0	81,0
Рівненська	50,0	67,3	65,9	59,5	58,5	51,6
Сумська	96,2	81,8	100,0	73,0	81,8	92,7
Тернопільська	96,2	91,3	100,0	85,2	93,5	90,0
Харківська	87,1	91,1	91,0	87,3	84,0	83,3
Херсонська	44,0	42,9	51,4	49,2	37,7	34,0
Хмельницька	75,9	86,1	86,7	68,9	77,2	66,7
Черкаська	22,7	18,2	41,2	22,4	32,8	35,9
Чернівецька	92,6	88,9	75,9	90,7	78,0	86,0
<i>Місто</i>						
Київ	58,4	60,2	77,5	58,8	56,3	62,4
Усього	59,0	62,0	64,5	52,4	55,3	53,9

При цьому в умовах ЗПД I рівня, що не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня медичних працівників, народжується 10,1% немовлят з надзвичайно малою масою тіла при народженні (500–99 г) і 16,8% з масою тіла 1000–1499 грамів. Важливо підкреслити, що доступність високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим з дуже малою (≤ 1500 г) масою тіла при народженні неоднорідна в розрізі регіонів.

Так, упродовж 2014–2016 рр. у ЗПД III рівня було сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г Полтавської, Сумської, Тернопільської і Харківської областей, біля 80% новонароджених з масою тіла при народженні 1000–999 г Житомирської, Запорізької, Івано-Франківської, Тернопільської, Харківської і Чернівецької областей. Усе ще менше половини народжень дітей з дуже малою

($\leq 1500,0\text{g}$) масою тіла при народженні було сконцентровано у ЗПД III рівня Вінницької, Київської, Миколаївської, Херсонської, Черкаської областей. При цьому більше 20,0% народжень немовлят з дуже малою масою тіла при народженні сконцентровано у ЗПД I рівня Закарпатської, Миколаївської, Київської, Кіровоградської областей.

Відповідно до маршрутів пацієнтів, вагітні з передчасними пологами в терміні 35–36 тижнів підлягають розродженню у ЗПД II рівня. За даними МіО, у 2014–2016 рр. у ЗПД II рівня було народжено 42,8%–37,8% немовлят з масою тіла при народженні 1500–2499 г, а у ЗПД III рівня – 33,0%–33,3%. Таким чином, 75,8%–71,1% новонароджених з малою (1500–2499 г) масою тіла при народженні були забезпечені спеціалізованою і високоспеціалізованою перинатальною допомогою, а 24,3%–28,9% – лише базовою перинатальною допомогою в умовах ЗПД I рівня.

При цьому оптимальним можна вважати виконання маршрутів пацієнток з ризиком невиношування вагітності лише у Дніпропетровській Сумській і Харківській областях, де у ЗПД I рівня у 2016 р. було народжено 7,7%, 7,3% і 2,6% новонароджених з масою тіла при народженні 1500–2499 грамів. Потребує посилення ця робота у Вінницькій, Закарпатській і Черкаській областях, де більше 50% недоношених немовлят з масою тіла при народженні 1500–2499 г отримали лише базову перинатальну допомогу в умовах ЗПД I рівня.

Важливим компонентом РПД є виявлення вродженої і спадкової патології плода, оскільки їх елімінація в I і II триместрах вагітності сприяє зниженню малюкової і перинатальної смертності, а виявлення вад розвитку, що підлягають хірургічній корекції, вимагає цілеспрямованого вибору акушерського стаціонару для розродження вагітної жінки. Доведено, що природжені вади новонароджених, нарівні з багатьма іншими причинами і детермінантами вроджених розладів, надалі негативно

впливають на здоров'я дітей, що вижили в неонатальному періоді. Своєчасна та якісна пренатальна діагностика природжених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у ЗПД III рівня і за необхідності здійснити ранню постнатальну, у тому числі хірургічну, корекцію тих чи інших аномалій, та ранню реабілітацію їх у зв'язку з наявністю ризику дитячої інвалідності. Усього у 2014–2016 рр. в ЗПД III рівня народилось відповідно 35,1–33,5% дітей з природженими вадами розвитку, з різницею цього показника від 9,4% у Черкаській, 20,4% у Кіровоградській до 67,2% у Полтавській, 62,9% у Харківській областях. У цілому роботу стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим контингентам новонароджених можна оцінити позитивно.

Складовою регіональної системи перинатальної допомоги в Україні, яка у кінці XX століття віднесена до стандарту перинального догляду, 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 пілотних регіонах.

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності та виконання маршрутів пацієнтів. Усього у 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 пацієнток, у 2015 р. – 6,1 тис., або 1,6%, а у 2106 р. – 7,8 тис., або 2,2% відповідно, з коливанням цього показника від 0,0% у м. Києві, 0,3% у Тернопільській, 0,8% в Одеській, 0,8% у Чернігівській областях до 12,0% у Полтавській, 5,8% Вінницькій, 3,6% у Івано-Франківській областях.

Для оцінки частоти переведень новонароджених в Європі існує так званий «індекс неонатальних трансферів» (транспортувань). Індекс неонатальних

трансферів (ІНТ) виражає кількість новонароджених, переведених до інших ЗПД, на 100 живонароджених. Сучасний показник невідкладних транспортувань новонароджених у країнах Євросоюзу становить приблизно 5–10 випадків на 1000 народжених живими. Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД III рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. Доведено, що діти з дуже низькою масою тіла при народженні, які народилися у перинатальних центрах III рівня, особливо з великим об'ємом таких пологів, у наступному демонструють кращі короткострокові результати, ніж малюки, які транспортувалися у такі центри після народження. У регіонах із великою кількістю малопотужних пологових будинків потреба в переведенні новонароджених може бути вища, тому що компетенція персоналу в діагностиці перинатальних ризиків і патології знижується через спорадичне виникнення таких випадків і відсутність досвіду роботи.

При середньому в Україні показнику частоти переведень новонароджених у заклади вищого рівня перинатальної допомоги 4,6%, з коливанням Цього показника від 2,1–3,1% у Дніпропетровській, Кіровоградській, Львівській областях та м. Києві, надзвичайно високим ($\geq 7,0\%$) він є у Херсонській, Миколаївській, Черкаській і Тернопільській областях. Великою залишається і частота переведених із ЗПД III рівня у відділення патології новонароджених дитячих обласних (міських) лікарень новонароджених – 3,5% від загальної кількості народжених у ЗПД III рівня у 2014 р., 3,4% у 2015 р. і 3,1% у 2016 р., що може бути зумовлено незабезпеченням повного комплексу медичного догляду новонароджених у ЗПД III рівня.

Важливим компонентом перинатальної допомоги, що забезпечує своєчасну, якісну медичну допомогу, безпечне та обґрунтоване переведення

пацієнтів з одного рівня на інший є консультування пацієнтів. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.08.2011 № 514 «Про затвердження Примірною статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірною положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я», у ПЦ III рівня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями. Наразі такі центри функціонують у Дніпропетровській, Кіровоградській, Рівненській і Хмельницькій областях та м. Києві. При цьому у клінічних відділеннях Дніпропетровського ПЦ налагоджено цілодобове скайп-консультування пацієнтів родопомічних закладів області. Крім того, фахівцями ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Національної Академії медичних наук України» постійно проводиться консультування вагітних та новонароджених, які народилися з відхиленнями в стані здоров'я (недоношеність, внутрішньоутробне інфікування тощо) та вагітних з високим ступенем перинатального ризику.

За даними МіО РПД, у 2014 р. було здійснено 9,7 тис. консультацій вагітних, роділь і породіль, що становить 2,3% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, у 2015 р. – 8,3 тис. і 2,2%, у 2016 р. 8,5 тис. і 2,4% відповідно. Найбільша частота консультацій у 2016 р. вагітних, роділь і породіль була в Одеській (85%) та Кіровоградській (7,8%) областях. За цей період відповідно проконсультовано 8,5 тис. (2,3% від загальної кількості вибулих новонароджених) новонароджених. Більш повне охоплення новонароджених консультаціями у 2016 р. було в Одеській (5,5%), Миколаївській (5,2%) і Вінницькій (6,2%) 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.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено зростання в цілому в країні рівня доступності недоношеним

новонародженим високоспеціалізованої перинатальної допомоги. При цьому даний показник має відмінності як за масою тіла при народженні так і за регіонами України. У народжених живими з масою тіла 500–999 г показник коливається від 6,9% в Миколаївській до 100% в Тернопільській, Сумській, Полтавській областях. У народжених живими з масою тіла 1000–

1499 г показник коливається від 7,7% в Миколаївській до 92,7% в Сумській області.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності недоношеним новонародженим високоспеціалізованої перинатальної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Габорець Ю. Ю. До забезпечення права на життя новонароджених недоношених дітей / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 103–110.
2. 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.
3. 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.
4. Дудіна О. О. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Перинатологія і педіатрія. – 2015. – № 3. – С. 10–17.

УДК616-036.8

ДОСТУПНІСТЬ НЕДОНОШЕНИМ НОВОНАРОДЖЕНИМ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Слабкий Г.О.¹, Габорець Ю.Ю.², Дудіна О.О.²

¹ - ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

² - ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Резюме. Результати дослідження дозволили встановити зростання в країні рівня доступності недоношеним новонародженим дітям високоспеціалізованої перинатальної допомоги. Даний показник має відмінності як за масою тіла при народженні так і за регіонами України. У народжених живими з масою тіла 500–999 г показник коливається від 6,9% в Миколаївській до 100% в Тернопільській, Сумській, Полтавській областях. У народжених живими з масою тіла 1000–1499 г показник коливається від 7,7% в Миколаївській до 92,7% в Сумській області.
Ключові слова: недоношені новонароджені діти, високоспеціалізована перинатальна допомога, доступність.