

ОРГАНІЗАЦІЯ НЕОНАТАЛЬНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. ДОСВІД КРАЇН ЗАРУБІЖЖЯ

УДК: 618.2+616-053.31 (477)

Є.Є. Шунько

(м.Київ, Україна)

ВПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Ключові слова: новонароджений,
перинатальна допомога

Резюме. Стаття присвячена аналізу організації перинатальної допомоги в Україні за період 2001-2010 рр. Представлені статистичні дані щодо захворюваності новонароджених, показників неонатальної, перинатальної смертності та летальності. Обговорюються перспективні напрямки удосконалення медичної допомоги новонародженим з метою підвищення її ефективності.

Малюкова, неонатальна та перинатальна смертність є важливими медико-демографічними показниками, що найбільш об'єктивно відображують стан здоров'я населення, рівень соціально-економічного розвитку суспільства та системи охорони здоров'я. Стан здоров'я новонародженої дитини залежить від репродуктивного та соматичного здоров'я батьків, усвідомленого ставлення батьків до планування вагітності та народження дитини, перебігу вагітності та пологів, доступності до основних перинатальних послуг і спеціалізованої медичної допомоги в разі потреби, забезпечення необхідного обсягу та якості медичної допомоги.

Міжнародний та вітчизняний досвід організації медичної допомоги вагітним з високим ризиком і новонародженим в Україні свідчить про доцільність подальшого розвитку регіоналізації перинатальної допомоги на підставі впровадження нових технологій та організаційних підходів, заснованих на даних доказової медицини, створення регіональних перинатальних і неонатальних центрів, здатних забезпечити високоспеціалізовану медичну допомогу, безперервної післядипломної освіти, проведення наукових досліджень з визначенням найкращої практики медичної допомоги новонародженим.

© Є.Є. Шунько

Провідними проблемами перинатології та неонатології в Україні є ефективна пренатальна діагностика, профілактика та рання діагностика вроджених вад розвитку; гіпоксія плода, асфіксія в пологах; інтенсивна терапія, виходжування та забезпечення оптимального розвитку і якості життя дітей з дуже малою масою тіла при народженні (менше 1500г, гестаційним віком менше 32 тижнів).

Регіоналізація перинатальної допомоги в Україні почалась у 2003-2004 рр. Розроблена законодавча база, визначено рівні перинатальної допомоги, мета та завдання медичного закладу відповідно рівню перинатальної допомоги. Подальша регіоналізація перинатальної допомоги в Україні дасть можливість підвищити ефективність та якість медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим, знизити показник перинатальної, неонатальної та малюкової смертності.

З 2001 року в Україні зростає народжуваність, водночас демографічна ситуація в країні лишається несприятливою. У структурі причин перинатальної смертності біля 60% займають стани, що виникли в перинатальний період, друге місце займають вроджені аномалії розвитку. Серед станів перинатального періоду переважають дихальні розлади, асфіксія в пологах, внутрішньошлуночкові крововиливи, інфекції, специфічні для перинатального періоду.

Сучасна демографічна і соціально-економічна ситуація потребують подальшого вдосконалення системи допомоги вагітним та новонародженим дітям для зниження неонатальної смертності, захворюваності та інвалідизації з дитинства. Важливими є організаційні заходи, які дозволяють стабільно покращувати якість надання медичної допомоги дітям та матерям найбільш раціональним шляхом.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 52 від 02.02.2011 р. «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції» визначено мету, завдання та шляхи вдосконалення перинатальної допомоги в Україні.

Метою Концепції є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим, підвищення рівня доступності та якості перинатальної допомоги, її безпечності та економічного використання ресурсів.

У 2010 році зберігалася тенденція до зниження показників неонатальної та малюкової смертності, що відображає оптимальну організацію та забезпечення лікувально-профілактичної допомоги дітям та матерям. Водночас, здійснення аналізу перинатальної та неонатологічної допомоги свідчить про необхідність оптимізації системи перинатальної допомоги з визначенням її рівнів та відповідним забезпеченням матеріально-технічної бази та навчанням лікарів, середнього медичного персоналу. Важливим є кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я матері та дитини.

Зміни, які відбулися в організації ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ У 2010-2011 РР.

1. У 2010 році затверджено Національний проект «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». Увага держави зосереджена на створенні обласних (регіональних) перинатальних центрів з метою підвищення якості медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим шляхом забезпечення доступної, ефективної медичної допомоги дітям та матерям відповідно рівню надання допомоги, існуючих перинатальних та неонатальних проблем, впровадження сучасних технологій базової та високоспеціалізованої медичної допомоги.

2. Україно-Швейцарською програмою «Здоров'я матері та дитини» розроблено та видано навчальні матеріали для викладачів кафедр акушерства, гінекології та перинатології, неонатології та педіатрії закладів післядипломної освіти, лікарів

акушерів-гінекологів, неонатологів, дитячих анестезіологів, педіатрів «Стабілізація стану новонароджених при транспортуванні», «Дихальна підтримка новонароджених». Створено перший електронний навчальний посібник «СРАР-терапія у новонароджених».

3. Доопрацьовані та внесені відповідні зміни до нових медичних форм «Медична картка новонародженого» відповідно до результатів впровадження в пілотних лікувальних закладах.

4. За підтримки програми «Здоров'я матері та дитини» проведено навчання медичного персоналу та впроваджено виходжування недоношених дітей методом «Мати-кенгуру» в неонатологічному центрі НДСЛ «ОХМАТДИТ». Також основні елементи системи виходжування недоношених дітей за методом «Мати-кенгуру» впроваджено в Житомирському обласному перинатальному центрі, Житомирській обласній дитячій лікарні.

Отримані результати підвищення ефективності медичної допомоги недоношеним дітям з подальшим катамнестичним спостереженням за станом здоров'я та розвитку дитини зумовлюють доцільність впровадження системи катамнестичного спостереження за станом здоров'я та розвитку недоношених дітей в НДСЛ «ОХМАТДИТ», перинатальних центрах, обласних дитячих лікарнях.

5. Продовжено впровадження нових методів інтенсивної терапії та виходжування дітей з малою масою тіла і перинатальною патологією відповідно до клінічних протоколів медичної допомоги новонародженим, затверджених МОЗ України.

Перехід України з 01.01.2007 року на критерії реєстрації перинатального періоду відповідно до рекомендацій ВООЗ, а саме реєстрація пологів з 22-х повних тижнів вагітності, новонароджених дітей з ознаками живонародженості з гестаційним віком повних 22 тижня, дав можливість подальшого впровадження нових технологій медичної допомоги вагітним та новонародженим, зокрема дітям, народженим з дуже малою масою тіла. Це безумовний здобуток вітчизняної неонатології, який наближає медичні практики в неонатології в Україні до світових стандартів.

Результатом подальшого впровадження нових перинатальних та неонатальних технологій щодо покращення організації та забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим, концентрації зусиль держави, фахівців на підвищенні ефективності перинатальної та неонатальної допомоги буде зниження показників неонатальної та малюкової смертності, покращення якості надання лікувально-профілактичної допомоги дітям та матерям, покращення якості життя дітей, народжених з малою масою тіла.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2010 році народились всього 493346 дітей, серед них з масою тіла менше 500,0 г – 23 дитини, 500-999,0 г – 1141 дитина, 1000-1499,0 г – 2475 дітей. Загальна кількість дітей, народжених з дуже малою масою тіла (менше 1500,0 г), – 3639 дітей. Протягом 2001-2009 рр. в Україні спостерігалася позитивна динаміка народжуваності. Так, у 2007 році в Україні народилось 470167 новонароджених, тоді як в 2010 році народились 493346 дітей. Щороку в Україні збільшується кількість недоношених дітей та питома вага передчасних пологів. Так, у 2007 році серед народжених недоношених дітей з масою тіла від 500,0 г до 2500,0 г зареєстровано 20156 дітей, питома вага передчасних пологів 4,29%. У 2010 році кількість дітей з масою тіла при народженні 500,0 – 2500,0 г склала 26175.

З 2007 року спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з дуже малою масою тіла при народженні 500-1499,0 грамів. Так, у 2007 році їх кількість склала 3047, у 2010 році зареєстровано 3616 дітей, народжених з дуже малою масою тіла. З надзвичайно малою масою тіла 500-999,0 г у 2007 році зареєстровано 915 дітей, у 2010 році – 1141 дитина.

Збільшення кількості дітей з дуже малою масою тіла при народженні (500-1499,0 грамів) є позитивним показником, який свідчить про більш ретельну реєстрацію дітей з дуже малою масою тіла при народженні, зміну існуючої практики щодо ведення передчасних пологів та виходжування недоношених дітей зазначеної вагової категорії.

На сучасному етапі, з метою підвищення якості медичної допомоги та подальшого життя дітей, народжених з дуже малою масою тіла, необхідно створити систему консультативно-катамнестических відділень (кабінетів) в обласних перинатальних центрах або обласних дитячих лікарнях з електронною базою даних стану здоров'я та розвитку дітей, що народились з дуже малою масою тіла та важкою перинатальною патологією, зі забезпеченням необхідних своєчасних лікувально-профілактичних втручань та ранньої реабілітації.

Аналіз показників неонатальної смертності у 2010 році

У 2009 році показник малюкової смертності склав 9,23 на 1000 народжених живими, показник перинатальної смертності – 10,38%, показник неонатальної смертності – 5,56%, ранньої неонатальної смертності – 4,32 %. У 2010 році показник малюкової смертності становив 8,84%, неонатальної смертності – 5,48%, ранньої неонатальної

смертності – 3,89%, пізньої неонатальної смертності – 1,59%, постнатальної смертності – 3,36%.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2010 році в антенатальному періоді померло 2679 дітей, інтранатально померло 488 дітей. Всього за даними 2010 року зареєстровано 3167 мертвнонароджених дітей. У перші 0-6 днів життя померло 1919 новонароджених, протягом 7-27 доби життя – 782 дитини, 28 днів – 1 рік – 1659 дітей. Таким чином, всього померло 4360 дітей першого року життя. Серед 1141 дитини, народжених з масою тіла 500-999,0 г, вижило після 6 днів – 642 (57%) дитини, після 1 року – 392 (біля 30%) дитини.

Питома вага народжених живими і мертвими у ваговій категорії 500-999 г становить 0,34%, у ваговій категорії 1000-1499г – 0,59%. Тобто, питома вага дітей, народжених з дуже малою масою тіла за даним 2010 року становить 0,93%, що наближається до відповідного показника ВООЗ (1,0-1,5%). Практично оптимальне співвідношення показників мертвнонародження та ранньої неонатальної смертності зареєстровано в Івано-Франківській та Черкаській областях.

Найнижча питома вага дітей, народжених з дуже малою масою тіла, зареєстровано в Хмельницькій (0,63%), Черкаській (0,68%), Закарпатській (0,68%). Зазначена питома вага дітей, народжених з дуже малою масою тіла, значно нижча загальнодержавного показника та не відповідає показнику ВООЗ та загальнобіологічним закономірностям.

Аналіз структури смертності новонароджених в акушерських стаціонарах у 2010 році

У 2010 році в акушерських стаціонарах померло всього 1640 новонароджених (показник 3,29 на 1000 народжених живими). Для порівняння, відповідна кількість новонароджених, що померли в акушерських стаціонарах у 2006 році, становила 1142 дитини, серед них 593 доношених та 549 недоношених дітей.

Пропорційний показник перинатальної смертності в Україні у 2010 році становив 10,24%. Найвищі показники перинатальної смертності зареєстровано в Кіровоградській (13,69%), Донецькій (13,27%), Дніпропетровській (11,93%), Закарпатській (11,82%), Одеській (11,77%) областях. Найнижчий пропорційний показник перинатальної смертності зареєстровано в м.Києві (5,36%), Хмельницькій (6,41%), Житомирській (7,83%), Волинській (7,94%) та Полтавській (8,71%) областях.

За даними Центру медичної статистики МОЗ, у 2010 році показник ранньої неонатальної смертності становив 3,89%. Найвищі показники ран-

ньої неонатальної смертності зареєстровано в Івано-Франківській (5,88‰), Донецькій (5,86‰), Черкаській (5,53‰), Дніпропетровській (4,88‰) областях. Значно нижчі загальнодержавного показника ранньої неонатальної смертності зареєстровано в м. Києві (2,04‰), Полтавській (2,14‰), Хмельницькій (2,14‰), Чернігівській (2,59‰), Миколаївській (2,87‰), Волинській (2,99‰) областях.

СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТНОСТІ

НОВОНАРОДЖЕНИХ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ:

1. уроджені аномалії розвитку
2. синдром дихальних розладів
3. внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах
4. внутрішньошлуночкові та сударахноідальні крововиливи
5. інфекції, специфічні для перинатального періоду
6. інші порушення церебрального статусу

У 2010 році вперше за останні роки серед причин смертності новонароджених в акушерських стаціонарах перше місце зайняли уроджені аномалії розвитку. Найвищі показники смертності новонароджених з уродженими аномаліями розвитку зареєстровано в Івано-Франківській (1,16‰), Черкаській (0,98‰), Чернівецькій (0,73‰) областях. Серед причин смерті новонароджених відсутня «крайня ступінь морфо-функціональної незрілості», водночас за даними ВООЗ крайня ступінь морфо-функціональної незрілості є провідною причиною неонатальної смертності.

За даними 2010 року показник смертності новонароджених з синдромом дихальних розладів знизився в 2 рази порівняно з даними 2007 року, що свідчить про ефективне впровадження сучасних технологій ведення передчасних пологів, респіраторної підтримки та сурфактантної терапії новонароджених. Показник смертності недоношених дітей з синдромом дихальних розладів, що значно перевищує загальнодержавний, зареєстровано в Чернівецькій, Рівненській, Херсонській, Кіровоградській, Запорізькій областях. У зазначених областях необхідно провести ретельний аналіз ефективності ведення передчасних пологів та медичної допомоги недоношеним дітям відповідно до Концепції регіоналізації перинатальної допомоги та клінічних протоколів надання медичної допомоги вагітним та новонародженим.

Найвищі показники смертності новонароджених, зумовленої внутрішньоматковою гіпоксією та асфіксією в пологах зареєстровано в Кіровоградській (1,18‰), Львівській (1,03‰), Херсонській (0,90‰) та Черкаській (0,82‰) областях.

Бактеріальний сепсис новонароджених став причиною смерті тільки 31 дитини в акушерському стаціонарі (0,06‰), що свідчить про значні

проблеми з постановкою клінічного та патологоанатомічного діагнозу бактеріальний сепсис новонароджених. Відповідно в Україні практично відсутній, за даними Центру медичної статистики МОЗ, бактеріальний сепсис роділь та породіль, що свідчить про недоліки діагностики та проблеми з впровадженням Наказу № 234 МОЗ України щодо профілактики нозокоміальних інфекцій в рододопомічних закладах.

Основними причинами неонатальної смертності в розвинутих країнах світу, за даними ВООЗ, є неонатальний сепсис та крайня ступінь морфо-функціональної незрілості, водночас в Україні провідними причинами смерті новонароджених є дихальні розлади та вроджені аномалії розвитку.

Серед новонароджених, що померли в акушерських стаціонарах, 528 доношених дітей та 1082 недоношені дитини. Загальнодержавний показник смертності новонароджених в акушерських стаціонарах 3,26‰.

Незважаючи на значні досягнення в інтенсивній терапії та виходжуванні дітей, народжених з дуже малою масою тіла за останні роки, лишається досить високий рівень смертності доношених новонароджених в акушерських стаціонарах, що зумовлено як станом діагностики плода, так і веденням пологів та раннього неонатального періоду.

Найвищі показники смертності доношених новонароджених зареєстровано в Чернівецькій (1,70‰), Івано-Франківській (1,65‰), Запорізькій (1,60‰), Донецькій (1,58‰), Одеській (1,46‰), Черкаській (1,45‰) областях. Для зниження показника смертності доношених новонароджених важливим є підвищення ефективності діагностики стану плода протягом вагітності та в пологах, регіоналізація перинатальної допомоги, впровадження сучасних технологій ведення вагітності та пологів відповідно до стану плода. Загально визнаним в світі є організація сучасних перинатальних центрів для вагітних з високим перинатальним ризиком та їх новонароджених.

Найнижчі показники смертності новонароджених в акушерських стаціонарах зареєстровано в Миколаївській (1,17‰), Волинській (1,24‰), Житомирській (1,38‰), Полтавській (1,67‰), Хмельницькій (2,08‰), Львівській (2,28‰), Київській (2,30‰), м Києві (2,34‰). Найнижчі показники смертності доношених новонароджених зареєстровано в Волинській, Вінницькій, Житомирській, Полтавській, Хмельницькій областях та м. Києві.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, частота нормальних пологів у 2010 році становила 66,69%, частота ускладнених пологів – 33,31%. Найвища питома вага ускладнених поло-

гів зареєстрована в Одеській області (46,01%), м. Києві (43,35%), Луганській (38,60%), Вінницькій (37,95%), Тернопільській (37,08%), Полтавській (36,54%), Херсонській (36,15%) областях.

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ В АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРАХ

За даними Центру медичної статистики МОЗ, в акушерських стаціонарах в 2010 році померло 1610 новонароджених. Летальність новонароджених в акушерських стаціонарах в 2010 році становила 2,06.

Найвищі показники летальності новонароджених в акушерських стаціонарах зареєстровано в Івано-Франківській (3,83%) та Донецькій областях (3,42%). Найнижчі показники летальності новонароджених в акушерських стаціонарах зареєстровано в Житомирській (0,78%), Волинській (0,84%), Миколаївській (0,91%) та Полтавській (1,00%) областях.

Серед причин летальності новонароджених в акушерських стаціонарах переважають легенева кровотеча, бактеріальний сепсис новонароджених, внутрішньочерепа ппологова травма, внутрішньошлуночкові та субарахноїдальні крововиливи, дихальні розлади.

Зазначені проблеми медичної допомоги вагітним та новонародженим зумовлюють необхідність впровадження Концепції регіоналізації перинатальної допомоги та створення сучасних перинатальних центрів відповідно до Наказу МОЗ України №52 від 02.02.2011 року «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА ДАНИМИ ЦЕНТРУ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ МОЗ УКРАЇНИ В 2010 Р.

У 2010 році народились хворими та захворіли всього 79132 новонароджених. Показник захворюваності новонароджених на 1000 народжених в акушерських стаціонарах складає – 158,75. Для порівняння аналогічний показник у 2007 році становив 185,48. Зниження показника захворюваності новонароджених в акушерських стаціонарах є результатом спільних зусиль акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги щодо впровадження сучасних перинатальних технологій.

Структуру захворюваності новонароджених визначають стани, специфічні для перинатального періоду (показник 170,47%) та уроджені аномалії розвитку (показник 22,54%).

Структура захворюваності новонароджених в акушерських стаціонарах:

- недостатність живлення без згадки про малу масу
- внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах
- уроджені аномалії розвитку
- порушення церебрального статусу (крім внутрішньочерепа ппологової травми)
- синдром дихальних розладів
- інфекції, специфічні для перинатального періоду та уроджена пневмонія

Для здійснення ретельного аналізу структури смертності та захворюваності новонароджених необхідно підвищити ефективність діагностики та обстеження новонароджених з перинатальною патологією з впровадженням мікрометодик лабораторного дослідження в практику роботи відділень інтенсивної терапії новонароджених родопомічних закладів. Практично відсутні можливості бактеріологічного дослідження крові дитини до призначення антибактеріальної терапії, що унеможливає достовірність встановлення діагнозу бактеріального сепсису новонароджених. Не забезпечено можливість ультразвукового обстеження новонароджених в акушерських стаціонарах. Так, за статистичними даними 2010 року, в Кіровоградській та Миколаївській областях не зареєстровано жодного випадку внутрішньошлуночкових та субарахноїдальних крововиливів серед причин захворювань та смертності новонароджених.

Також невирішеною проблемою є впровадження системи інфекційного контролю в родопомічних закладах та неонатологічних відділеннях обласних дитячих лікарень.

Проблемним питанням лишається ефективна пренатальна діагностика та своєчасна діагностика вад розвитку плода з метою направлення вагітної в родопомічний заклад III-ого рівня для пологів та невідкладної медичної допомоги новонародженому.

У 2010 році з уродженими вадами ЦНС народилось всього 360 дітей (0,73 на 1000 народжених живими), з уродженими вадами системи кровообігу 2501 дітей (5,07 на 1000 народжених живими), з щілиною губи та піднебіння 479 дітей (0,97%), з уродженими вадами кістково-м'язової системи 2981 дитина. З хромосомними аномаліями народились 534 дитини (1,08%), у тому числі з синдромом Дауна 457 (0,93%).

Проблемним питанням перинатальної допомоги в Україні є досить висока питома мертвороженості. Реальні шляхи зниження мертвороженості в Україні необхідно визначити за результатами конфіденційного аудиту випадків перинатальної смертності, зокрема мертвороженості. Пропорційний показник мертворо-

родження в 2010 році в Україні становить 6,38%. Найвищі показники мертвонароджуваності зареєстровано в Кіровоградській (9,23%), Одеській (8,34%), Закарпатській (7,64%) та Харківській (7,43%) областях.

Питома вага новонароджених, переведених з акушерських стаціонарів до неонатологічних відділень обласних (міських дитячих лікарень), становить 6,04. Найбільшу питому вагу переведених новонароджених до неонатологічних відділень обласних дитячих лікарень зареєстровано в Житомирській (9,06%), Запорізькій (7,96%), Миколаївській (7,62%), Харківській (7,17%) областях та м. Севастополі (17,95%).

Найменша питома вага новонароджених, переведених в обласні дитячі лікарні зареєстрована в Закарпатській (3,78%), Івано-Франківській (3,89%), Чернігівській (3,82%) областях та м. Києві (4,80%).

Загальна кількість ліжок для недоношених і хворих новонароджених в обласних та міських дитячих лікарнях України складає 2386. Забезпеченість зазначеними ліжками в Україні становить 4,84 на 1000 народжених живими. Найменша забезпеченість ліжками для недоношених та хворих новонароджених зареєстрована в Рівненській (2,90%), Кіровоградській (2,94%), Чернігівській (3,01%), Київській (3,17%), Івано-Франківській (3,65%) областях, АР Крим (3,42%) та м. Севастополь (2,41).

Подальше вдосконалення організації перинатальної допомоги як на рівні районів, так і на рівні області дозволить оптимально забезпечити медичну допомогу вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим.

Перспективні напрямки підвищення ефективності медичної допомоги новонародженим

1. Оптимальна регіоналізація перинатальної та неонатальної допомоги з врахуванням особливостей організації акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в області шляхом визначення та необхідного забезпечення медичних закладів відповідно до рівня надання допомоги,

2. Впровадження транспортування *in utero* в разі загрози передчасних пологів в терміні менше 32 тижнів в лікувально-профілактичні заклади III-ого рівня (перинатальний центр, центр охорони здоров'я матері та дитини), забезпечення умов транспортування вагітних та новонароджених відповідно до міжнародних стандартів

3. Профілактика невиношування, покращення репродуктивного здоров'я

4. Своєчасна профілактика респіраторного дистрес-синдрому в разі загрози передчасних

пологів з застосуванням стероїдів, сурфактант-замісна терапія

5. Діагностика стану внутрішньоутробного плода, медико-генетичне обстеження і консультування ї та новонароджених, сім'я ефективна пренатальна діагностика вад розвитку плода, розвиток фетальної та неонатальної хірургії.

6. Діагностика внутрішньоутробних інфекцій плода та новонародженого,

7. Забезпечення необхідного обладнання для обстеження, інтенсивної терапії, виходжування та лікування новонароджених.

8. Впровадження сучасних методів виходжування недоношених дітей з дотриманням принципів догляду, спрямованого на оптимальний розвиток дитини (метод мати-кенгуру, тепловий захист, тиша, відсутність яскравого світла, участь матері, годування грудним молоком, зменшення інвазивних втручань, профілактика болю, психологічна підтримка сім'ї).

Для забезпечення якості медичної допомоги дітям з дуже малою масою тіла надзвичайно важливими є умови виходжування та інтенсивної терапії, а саме:

♦ створення сучасних перинатальних центрів з можливостями пренатальної діагностики, інтенсивної терапії та виходжування новонароджених, в тому числі невідкладної хірургічної корекції вроджених вад розвитку

- тепловий захист з моменту народження;
- раннє ентеральне та парентеральне харчування;
- рання респіраторна підтримка з наданням переваги методу СРАР-терапії як методу неінвазивної респіраторної підтримки
- обмеження світла та шуму у відділенні;
- обмеження інвазивних втручань, діагностика і профілактика болю;
- материнський догляд, годування материнським молоком;
- навчання лікарів та середнього медичного персоналу сучасним технологіям інтенсивної терапії та виходжування дітей з дуже малою масою тіла
- своєчасна діагностика та корекція ретинопатії
- своєчасна діагностика порушень слуху шляхом проведення ехо-скринінгу слуху у недоношених та новонароджених з перинатальною патологією
- проведення телеконференцій та консультацій обласних неонатологічних та перинатальних центрів з застосуванням телемедицини
- навчання батьків особливостям догляду за дитиною, розпізнаванню загрозливих станів; Нові вимоги до перинатальної та неонатальної допомоги потребують постійного післядиплом-

ного навчання лікарів та середнього медичного персоналу, яке здійснюється як шляхом проходження циклів тематичного удосконалення в закладах післядипломної медичної освіти III-IV рівнів акредитації, так і шляхом участі в роботі науково-практичних конференцій, наукових симпозіумів, навчальних семінарів-тренінгів з актуальних питань перинатології та неонатології.

Важливе значення має тісна співпраця акушерів-гінекологів та неонатологів при впровадженні сучасних перинатальних технологій щодо фізіологічних пологів, догляду за здоровою новонародженою дитиною та підтримки грудного вигодовування, а також при перинатальному веденні вагітних з високим ризиком, передчасних пологів, особливо в разі ризику передчасних пологів в терміні гестації менш ніж 32 тижні. Стандартною практикою має бути перинатальний консилиум за участі лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів, терапевтів, дитячих хірургів, генетиків.

Ефективною технологією зниження рівня інвалідності дітей з дуже малою масою тіла при народженні та важкою перинатальною патологією є організація катамнестично-консультативних кабінетів (відділень) з комп'ютерною базою даних в перинатальних центрах, обласних дитячих лікарнях для спостереження за станом здоров'я та розвитку та необхідної лікувально-консультативної допомоги дітям зазначених категорій.

Створення комп'ютерної бази даних перинатальних та неонатологічних центрів (відділень) з метою здійснення аналізу результатів інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей і новонароджених з важкою перинатальною патологією з визначенням проблемних питань, на які слід спрямувати зусилля, забезпечить можливість підвищити ефективність перинатальної допомоги та покращити якість життя дітей, народжених з малою масою тіла та важкою перинатальною патологією.

Таким чином, організаційні питання подальшого вдосконалення неонатологічної допомоги неможливо вирішити без підвищення якості акушерської та перинатальної допомоги, а саме підвищення ефективності пренатальної діагностики, діагностики стану плода, ведення вагітності та пологів. Низький рівень репродуктивного здоров'я молоді та подружніх пар, соціально-економічні проблеми в суспільстві, недостатній рівень перинатального супроводу вагітних груп ризику зумовлюють досить високий рівень перинатальної, репродуктивної, спадкової та іншої патології. Вирішенню зазначених проблем буде сприяти створення в Україні мережі перинатальних центрів III-ого рівня, забезпечених сучасними технологіями організації та надання медичної допомоги дітям та матерям.

ВНЕДРЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Е.Е. Шунько

Резюме. Стаття посвящена аналізу організації перинатальної служби в Україні за період 2001-2010 гг. Представлены статистические данные заболеваемости новорожденных, показателей неонатальной, перинатальной смертности и летальности. Обсуждаются перспективные направления усовершенствования медицинской помощи новорожденным с целью повышения её эффективности.

Ключові слова: новонароджений, перинатальна допомога

CONCEPT INTRODUCTION OF THE FURTHER DEVELOPMENT OF THE PERINATAL HELP IN UKRAINE

E.E. Shun'ko

Summary. The research is devoted to the analysis of the organization of perinatal service in Ukraine during 2001-2010 years. Are presented the statistical given case rates of newborns, indicators of a neonatal and perinatal mortality and a lethality. Perspective directions of improvement of medical care for newborn for the purpose of rising of its efficiency are discussed.

Key words: the newborn, the perinatal help.