УДК: 614.2:616-053.2:616-055.26(477)"2013-2015"

МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ НАЦІОНАЛЬНОГО ПРОЕКТУ «НОВЕ ЖИТТЯ – НОВА ЯКІСТЬ ОХОРОНИ МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА» ЗА 2013–2015 рр.

Ю.Г. Антипкін, Т.К. Знаменська, Г.О. Слабкий*, О.О. Дудіна*

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень»*
(м. Київ, Україна)

Резюме. *В статті наведено результати моніторингу і оцінки ефективності впровадження заходів Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» за 2013–2015 рр. Показано, що за роки спостереження у пілотних регіонах створена трирівнева система перинатальної допомоги. Дані проведеної реструктуризації закладів перинатальної допомоги (ЗПД) за їх рівнями наближаються до орієнтовних – у 2015 р. у ЗПД ІІІ рівня частота розроджень вагітних становила 22,2% при орієнтовному за даними світового досвіду показнику 17-20%, у ЗПД ІІ рівня –48,3%, у ЗПД І рівня –48,3% при орієнтовних за даними досвіду ННД показниках біля 50% і біля 30% відповідно.*

Забезпечена достатня доступність пацієнток з перинатальним ризиком до спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги –у ЗПД ІІІ рівня розроджено 85,8% вагітних з вадами серця, 61,0% з хворобами системи кровообігу, у ЗПД ІІ-ІІІ рівня 87,1% вагітних з еклампсією та прееклампсією, 80,2% з антенатальною загибеллю плода та народжень у ЗПД ІІІ рівня немовлят з дуже малою масою тіла при народженні – 77,0,0% новонароджених масою тіла при народженні 500–999 г і 64,9% з масою тіла 1000-1499 г.

Підтверджені очікувані результати Національного проекту – у ЗПД пілотних регіонів показники виживання новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні новонароджених мають тенденцію до збільшення і в 2015 році склали 66,8% новонароджених з масою тіла 500-999 г. і 91,9% з масою тіла 1000-1499 г.; а коефіцієнти перинатальної смерності - 8,9 на 1000 народжених живими і мертвими у 2013 р. і 8,5 у 2015 р. і неонатальної смертності - 3,2 та 3,1на 1000 народжених живими відповідно.

Незважаючи на позитивну тенденцію, все ще не сягають орієнтовних (60-70%) індекси концентрації у ЗПД ІІІ рівня перинатальних (38,5% у 2013 р. і 44,1% у 2015 р.) і неонатальних (49,0% і 58,3% відповідно) втрат при високому (3,4%) індексі неонатального трансферу.

Ключові слова: *перинатальна допомога, моніторинг, результати, перинатальні втрати, виживання новонароджених.*

У відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», регіоналізація перинатальної допомоги повинна розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому.

Нині створена нормативно-правова база регіоналізації перинатальної допомоги (РПД), шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти моніторингу і оцінки (МіО) її повноти та ефективності. 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 з питань перинатального догляду і виходжування новонароджених з дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні.

Станом на 01.01.2016 р. в Україні за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» організовано і функціонує 12 перинатальних центрів (ПЦ) ІІІ-го рівня, зокрема у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві. У зв'язку з анексією АР Крим, військовими діями у Донецькій і Луганській областях, МіО за 2014 – 2015 рр. у зазначених регіонах не проводилися.

Нажаль Постановою Кабінету Міністрів України від 05.03.2014 р. № 71 «Деякі питання оптимізації державних цільових програм і національних проектів, економії бюджетних коштів та визнання такими, що втратили чинність, деяких актів Кабінету Міністрів України» з переліку проектів із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти) виключено позицію «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». У зв'язку з цим, не закінчено будівництво перинатальних центрів у Волинській, Львівській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій областях.

У зв'язку з цим МОЗ України зверталося до Міністерства фінансів України з проханням після внесення відповідних змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2015 рік» під час здійснення розподілу державних капітальних видатків, що розподіляються Кабінетом Міністрів України, передбачити виділення коштів для продовження робіт із завершення будівництва Волинського обласного перинатального центру у м. Луцьку, завершення реконструкції та технічного переоснащення комунальних закладів «Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина» та «Чернівецький обласний клінічний перинатальний центр», а також з проханням здійснити фінансування для проведення комплексу будівельно-монтажних робіт на об'єкті «Чер-

каський обласний клінічний перинатальний центр».

У цілому в закладах перинатальної допомоги (ЗПД) пілотних регіонів у 2015 р. розроджено 17671 вагітна (без розроджених у закладах перинатальної допомоги АР Крим, Донецької та Луганської областей), при 187 437 у 2014 р. та 183 635 у 2013 р.

Концепцією Національного проекту передбачена організаційна оптимізація мережі закладів перинатальної допомоги. Світовий досвід свідчить про те, що приблизно 17% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем, у перинатальному центрі ІІІ рівня надання допомоги. У ННД визначено орієнтовний показник долі пологів у цих закладах, що становив біля 20–30%, у закладах перинатальної допомоги І рівня – біля 30% і у закладах перинатальної допомоги ІІ рівня – біля 50%. За даними МіО у 2013 р. в цілому у ЗПД пілотних регіонів первинного рівня перинатальної допомоги було розроджено 29,3% вагітних, у 2014 р. – 29,2%, а у 2015 р. – 29,5%, у ЗПД вторинного рівня – 54,2%, 50,2% і 48,3% відповідно, а у ЗПД третинного рівня – 16,8%, 20,6% і 22,2% відповідно, що в цілому відповідає орієнтовним показникам і свідчить про проведену реструктуризацію ліжкового фонду (рис. 1).

При в цілому по пілотних регіонах достатній частці пологів у ЗПД первинного рівня у 2013 - 2015 рр., цей показник коливався від 76,1-75,7% у Житомирській, 68,8–68,2% у Хмельницькій, 62,4-59,7% у Рівненській, областях до 0,0% у м. Києві, де відсутні ЗПД первинного рівня, 8,0 - 6,2% у Харківській області. Частка пологів у ЗПД вторинного рівня коливається від 0,0 у Житомирській області, де все ще не організовані ЗПД вторинного рівня, 18,4-18,7% у Рівненській, 18,6- 25,4% у Хмельницькій областях до 80,3–81,1% у м. Києві, 69,4–70,3% у Дніпропетровській області. Найбільш високою залишається забезпеченість пацієнтів високоспеціалізованою високотехнологічною допомогою у Харківській області, де частка пологів у ЗПД ІІІ рівня становить 36,0–38,4% та вище орієнтовної у Житомирській області 23,9 - 24,3%, нижче орієнтовної – у Хмельницькій 6,4 - 12,6%, і Полтавській 15,1-15,6% областях (табл. 1).

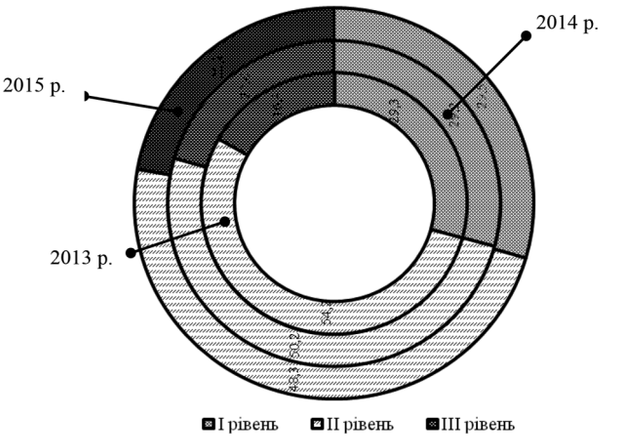

Рис 1. Доля пологів у ЗПД І, ІІ,ІІІ рівнів, 2013–2015 рр., % до загальної кількості пологів у регіоні

Таблиця 1

Структура пологів в залежності від рівня перинатальної допомоги у 2013 - 2015 рр. (%)

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Доля пологів на І рівні			Доля пологів на ІІ рівні			Доля пологів на ІІІ рівні		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	45,6	–	–	38,2	–	–	16,3	–	–
2	Дніпропетровська	15,5	15,4	16,3	70,3	69,4	60,6	14,3	15,1	23,1
3	Донецька	15,1	–	–	70,9	–	–	14,0	–	–
4	Житомирська	75,7	75,7	76,1	–	–	–	24,3	24,3	23,9
5	Запорізька	31,4	30,0	28,4	68,1	53,4	50,2	0,7	16,6	21,3
6	Кіровоградська	57,6	50,1	50,0	25,4	31,5	32,7	16,9	18,4	17,3
7	Луганська	16,4	–	–	72,4	–	–	11,2	–	–
8	Полтавська	47,9	31,8	35,3	36,5	53,0	49,8	15,6	15,1	15,2
9	Рівненська	62,4	61,0	59,7	18,4	18,4	18,7	19,2	20,6	21,6
10	Харківська	8,0	7,6	6,2	54,5	54,0	57,8	37,5	38,4	36,0
11	Хмельницька	68,2	66,6	68,8	25,4	20,9	18,6	6,4	12,5	12,6
12	м. Київ	–	–	–	80,6	81,1	80,3	19,4	18,9	19,7
Всього		**29,3**	**29,2**	**29,5**	**54,0**	**50,2**	**48,3**	**16,8**	**20,6**	**22,2**

Важливим завданням регіоналізації перинатальної допомоги є профілактика перинатальних ускладнень у жінок з важкою екстрагенітальною патологією. Наразі доведено, що перенесення акценту лікування жінок з екстрагенітальними захворюваннями в стаціонари ІІІ рівня перинатальної допомоги є резервом зниження материнської смертності в країні.

У відповідності 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 ПЦ ІІІ рівня 50% вагітних з вродженими вадами серця, 25–30% з хворобами системи кровообігу, 90% і більше із цукровим діабетом.

За даними МіО у 2013–2015 рр. було достатнім забезпечення високоспеціалізованою високотехнічною допомогою в умовах ПЦ ІІІ рівня розроджень вагітних з вадами серця та хворобами системи кровообігу в усіх пілотних регіонах при середньому значенні цих показників 70,4%, і 40,0% у 2013 р. , та 75,9%, 56,6% у 2014 р. та 85,8% і 61,0 у 2015 р., (табл.2).

Таблиця 2

Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним, роділлям і породіллям у ПЦ III рівня, 2013 - 2015 рр., % до загальної кількості у регіоні обслуговування

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з вадами серця			Розроджено вагітних з хворобами системи кровообігу			Розроджено вагітних з цукровим діабетом		
		2013р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	68,0	–	–	51,1	–	–	65,5	–	–
2	Дніпропетров-ська	64,5	82,6	87,9	30,7	49,5	66,5	36,1	32,9	34,5
3	Донецька	61,2	–	–	29,2	–	–	73,9	–	–
4	Житомирська	67,7	50,9	68,6	20,0	47,7	58,9	93,8	88,1	95,9
5	Запорізька	0,0	86,2	99,1	1,3	32,9	59,2	5,8	77,1	91,7
6	Кіровоградська	71,4	82,1	53,3	59,3	75,5	83,6	88,0	95,5	100,0
7	Луганська	93,8	–	–	55,2	–	–	88,9	–	–
8	Полтавська	72,00	86,2	82,7	68,9	79,6	84,7	100,0	100,0	100,0
9	Рівненська	100,0	100,0	90,0	39,5	56,6	48,0	38,9	38,2	33,3
10	Харківська	99,5	99,6	99,0	72,9	81,3	88,1	95,7	97,1	96,3
11	Хмельницька	41,5	49,2	79,7	13,5	27,8	23,8	36,8	49,1	48,0
12	м. Київ	52,9	40,8	42,4	26,7	32,4	25,0	14,7	9,1	5,7
Всього		**70,4**	**75,9**	**85,8**	**40,0**	**56,6**	**61,0**	**54,3**	**50,1**	**44,8**

Все ще не забезпечено у більшості регіонів виконання маршрутів пацієнтів для здійснення безпечних розроджень в умовах ПЦ III рівня вагітних із цукровим діабетом. За даними моніторингу, у 2013–2015 рр. в цілому було розроджено в умовах ПЦ III рівня 54,3%, 50,1% та 44,8% вагітних з цукровим діабетом з коливанням цього показника у 2015 р. від 100,0% у Полтавській і Кіровоградській областях, 96,3 % у Харківській, 95,5 і 95,9% у Дніпропетровській областях до 5,7% у м. Києві, 33,3% - у Рівненській, 34,5% - у Дніпропетровській областях. Вкрай низька частота госпіталізації вагітних з цукровим діабетом у ПЦ III рівня м. Києва зумовлена забезпеченням високоспеціалізованої медичної допомоги цим пацієнткам в умовах спеціалізованого пологового будинку.

У відповідності до алгоритму ведення вагітних з перинатальним ризиком розродження вагітних з прееклампсією, еклампсією та антенатальною загибеллю плода здійснюється у ЗПД II-III рівнів перинатальної допомоги. За даними моніторингу 2013–2015 рр., у ЗПД II-III рівнів перинатальної допомоги було розроджено відповідно 86,6–85,8 та 87,1% пацієнток з прееклампсією і еклампсією та 79,6, 81,0, 80,2 % з антенатальною загибеллю плоду, що можна вважати достатнім (табл.3).

Таблиця 3

Моніторингові показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним, роділлям і породіллям у ЗПД II – III рівнів, 2013 - 2015 рр., % до загальної кількості у регіоні обслуговування

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Розроджено вагітних з прееклампсією та еклампсією			Розроджено вагітних з антенатальною загибеллю плода		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	82,9	–	–	72,6	–	–
2	Дніпропетровська	98,2	96,2	97,9	90,0	91,8	91,5
3	Донецька	92,7	–	–	91,7	–	–
4	Житомирська	44,1	38,6	50,8	30,9	40,3	32,3
5	Запорізька	69,8	89,8	80,9	73,2	70,6	79,2
6	Кіровоградська	87,7	83,6	67,7	63,2	60,3	56,4
7	Луганська	96,7	–	–	92,5	–	–
8	Полтавська	100,0	100,0	100,0	87,8	90,2	90,2
9	Рівненська	77,5	67,6	79,6	47,1	65,5	56,6
10	Харківська	95,8	96,9	97,7	93,5	96,6	97,7
11	Хмельницька	37,8	60,6	72,4	34,7	50,7	36,7
12	м. Київ	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Всього		**86,9**	**85,8**	**87,1**	**79,6**	**81,0**	**80,2**

Достатньо повно забезпечується ведення маршруту пацієнток з прееклампсією і еклампсією у м. Києві, Полтавській Дніпропетровській і Харківській областях, де у ЗПД І рівня перинатальної допомоги у 2015 р. було розроджено відповідно 0,0%, 0,0% 2,1%, 2,3% пацієнток від загальної кількості розроджених пацієнток, але потребує доопрацювання робота із забезпечення маршрутів вагітних з цією ж патологією у Житомирській, Кіровоградській, Хмельницькій областях, де цей показник становить відповідно 49,25, 32,3% і 37,6% з антенатальною загибеллю плоду в регіоні.

Доступність високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним з антенатальною загибеллю плоду є достатньою (індекс концентрації у ЗПД II- III рівнів перинатальної допомоги у 2015 р. 90,2-100% у м. Києві, Полтавській, Дніпропетровській і Харківській областях, а вкрай недостатньою - у Хмельницькій і Житомирській областях, де цей показник не досягав 40%.

Згідно переліку показань, до направлення вагітних до закладів III рівня перинатальної допомоги відносяться стани новонародженого з недоношеністю до 32 тижнів, масою тіла при народженні до 1500 г. Актуальність проблеми концентрації дітей дуже малою та надзвичайно 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 висококваліфікованим 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 Данії та Польщі до понад 80% у Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії, а за даними метааналізу досліджень регіоналізації перинатальної допомоги дітям з дуже низькою масою тіла при народженні в у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано ≥90% новонароджених з масою тіла при народженні ≤1500 г.

В Україні у 2013-2015 рр. відмічається позитивна динаміка концентрації у ЗПД III рівня народження немовлят з дуже малою (≤1500,0г) масою тіла при народженні: з 65,4% у 2013 р. до 77,0% у 2015 р. новонароджених масою тіла 500,0–999,0 г та відповідно з 53,4% до 64,9% з масою тіла 1000,0–1499,0 г. і в цілому діяльність ЗПД стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні можна вважати задовільною (табл. 4).

Таблиця 4

Моніторингові показники доступності новонароджених з низькою масою тіла при народженні до високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ЗПД III рівня, 2013 - 2015 рр., % до загальної кількості в регіоні обслуговування

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла 500-999 г			Народжено живими з масою тіла 1000-499 г			Народжено живими з масою тіла 1500-499 г		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	87,5	–	–	75,9	–	–	34,0	–	–
2	Дніпропетровська	63,1	64,8	65,5	34,5	35,4	41,3	24,9	22,7	28,1
3	Донецька	61,5	–	–	52,1	–	–	32,6	–	–
4	Житомирська	80,6	84,6	93,5	71,9	82,8	77,2	47,0	51,5	50,5
5	Запорізька	10,9	82,4	86,1	2,8	74,6	82,1	1,8	41,3	42,1
6	Кіровоградська	91,7	88,2	75,0	80,3	76,7	63,8	46,0	42,2	36,1
7	Луганська	76,9	–	–	54,2	–	–	22,4	–	–
8	Полтавська	76,3	81,0	100,0	68,3	69,0	69,0	45,5	33,4	33,4
9	Рівненська	32,6	50,0	67,3	57,8	59,5	58,5	33,7	33,5	38,6
10	Харківська	85,3	87,1	91,1	77,6	87,3	84,0	63,7	62,8	61,3
11	Хмельницька	57,1	75,9	86,1	43,6	68,9	77,2	9,3	36,6	28,8
12	м. Київ	65,8	58,4	60,2	48,4	58,8	56,3	33,5	26,4	28,1
Всього		**65,4**	**72,4**	**77,0**	**53,4**	**63,8**	**64,9**	**32,7**	**37,4**	**37,7**

Оптимальним у 2015 р. можна вважати доступ народжених живими з надзвичайно малою масою тіла при народженні до високоспеціалізованої перинатальної допомоги у Полтавській (100,0%), Житомирській (93,5%), Харківській (91,1%) областях, а народжених живими з дуже малою масою тіла при народженні – у Харківській і Запорізькій областях, де цей показник перевищує 80%. Низькими, менше 70%., залишаються індекси концентрації новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні та менше 60% народжених живими з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня перинатальної допомоги Дніпропетровської, Рівненської областей та м. Києва.

При цьому, у ЗПД III рівня Харківської та Житомирської областей все ще народжується більше 50,0% новонароджених масою тіла при народженні 1500,0–2499,0 г, а у Харківської області 34,6% новонароджених з масою тіла при народженні більше 2500,0 грам, що свідчить про нераціональне використання дороговартісної високоспеціалізованої перинатальної допомоги в цих регіонах і потребує проведення клінічного аудиту щодо забезпечення маршруту пацієнток залежно від наявності ризику невиношування вагітності (табл.5).

Таблиця 5

Моніторингові показники доступності новонароджених до високоспеціалізованої перинатальної допомоги у ЗПД III рівня, 2013 - 2015 рр., % до загальної кількості в регіоні обслуговування

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Народжено живими з масою тіла > 2500 г			Народжено живими з вродженими вадами розвитку		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	14,9	–	–	29,5	–	–
2	Дніпропетровська	13,5	14,4	22,5	24,8	30,3	38,1
3	Донецька	12,9	–	–	22,7	–	–
4	Житомирська	23,1	22,9	22,5	34,5	39,8	41,0
5	Запорізька	0,6	15,1	19,7	2,9	34,6	49,6
6	Кіровоградська	14,9	16,9	16,4	45,5	34,6	29,3
7	Луганська	10,7	–	–	57,1	–	–
8	Полтавська	14,0	14,2	14,2	41,7	55,6	55,6
9	Рівненська	18,7	20,1	21,1	19,5	27,5	21,7
10	Харківська	36,1	37,1	34,6	51,1	57,9	53,5
11	Хмельницька	6,0	11,6	11,5	13,6	20,6	20,2
12	м. Київ	18,8	18,6	19,3	26,1	26,0	29,1
Всього		**15,9**	**19,7**	**21,2**	**28,5**	**35,7**	**36,1**

До медичних показів для госпіталізації пацієнтів у ПЦ III-го рівня відносяться вагітні з вродженими вадами розвитку плода. Своєчасна і якісна пренатальна діагностика вроджених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у перинатальних центрах третього рівня і при необхідності здійснити ранню постнатальну корекцію тих чи інших аномалій. Всього у 2013–2015 рр. у ЗПД III рівня народилось відповідно 28,5–35,7 і 36,1% новонароджених з вродженими вадами розвитку з коливанням цього показника від 26,0–29,1% у м. Києві, 13,6–20,6% у Хмельницькій області до 41,7–55,6 % у Полтавській, 51,1–57,9% у Харківській областях. Загалом, роботу Національного проекту щодо забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим контингентам новонароджених можна оцінити позитивно.

Показники процесу ефективності заходів Національного проекту, які залежать від методичного регулювання організації перинатальної допомоги у регіоні обслуговування, вивчалися і за даними частоти кесаревого розтину, переведених із закладів перинатальної допомоги I-II рівнів у ЗПД III-го рівня пацієнтів та проведених дистанційних і виїзних консультацій.

Показник частоти кесаревого розтину напряму залежить від рівня закладу перинатальної допомоги – найнижчий у закладах первинної перинатальної допомоги і найвищий – у закладах третинної перинатальної допомоги. Аналогічна закономірність є характерною для всіх регіонів і в цілому по пілотних регіонах, за даними моніторингу, становила у закладах первинного рівня перинатальної допомоги у 2013–2015 рр. відповідно 12,1, 13,3 і 14,1%, вторинного – 16,9,17,2 і 18,1%, третинного – 26,2,26,2 і 25,5 % (табл. 6).

Таблиця 6

Характеристика частоти пологів шляхом кесаревого розтину у 2013 – 2015 рр., %.

з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Всього в регіоні			На I рівні			На II рівні			На III рівні		
		2013р.	2014р.	2015р.	2013р.	2014р.	2015р.	2013р.	2014р.	2015р.	2013р.	2014р.	2015р.
1	АР Крим	15,4	–	–	12,1	–	–	15,6	–	–	23,8	–	–
2	Дніпропетровська	15,1	16,3	17,6	9,1	11,9	12,3	14,8	15,5	16,9	23,1	24,7	23,3
3	Донецька	19,3	–	–	10,8	–	–	18,2	–	–	34,1	–	–
4	Житомирська	14,1	15,5	16,9	12,2	13,9	14,6	–	–	–	19,9	20,7	24,2
5	Запорізька	14,3	16,0	16,5	14,3	14,0	14,5	14,1	14,8	14,7	30,8	23,8	23,5
6	Кіровоградська	16,2	18,1	18,5	9,41	12,5	14,0	19,8	18,8	19,9	33,8	32,4	28,9
7	Луганська	16,4	–	–	14,9	–	–	14,6	–	–	30,1	–	–
8	Полтавська	14,9	14,6	15,5	9,8	9,5	10,0	14,6	12,0	14,0	31,8	34,2	32,8
9	Рівненська	15,7	16,8	17,0	12,0	12,6	13,0	16,1	15,4	14,6	27,5	30,3	30,1
10	Харківська	21,7	22,6	23,8	13,0	11,9	11,7	17,8	18,3	19,6	29,3	30,8	32,7
11	Хмельницька	18,1	19,3	19,3	15,6	16,3	17,5	22,6	24,5	23,0	28,1	26,7	23,2
12	м. Київ	18,6	18,5	19,2	–	–	–	19,3	19,6	20,1	15,5	14,0	15,4
Всього		**17,1**	**17,8**	**18,6**	**12,1**	**13,3**	**14,1**	**16,9**	**17,2**	**18,1**	**26,2**	**25,6**	**25,5**

У цілому надвисокі, такі, що потребують вивчення причин, показники частоти кесаревих розтинів, зареєстровано у Харківській (21,7,22,6, 23,8%), Хмельницькій (18,2,19,3, 19,3%), Кіровоградській (16,2,18,1, 18,5%) областях та м. Києві (18,6,18,5, 19,3%), а майже кожна третя вагітна родорозрішена шляхом кесаревого розтину у ЗПД ІІІ-го рівня Полтавської, Рівненської та Харківської областей.

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності і виконання маршрутів пацієнтів. Всього за 2015 р. у ЗПД ІІІ рівня та інші заклади третинної медичної допомоги було переведено 2,2 тис. вагітних (родільль, породільль), що становило 1,3% від загальної кількості вибулих пацієнток з коливанням цього показника від 0,1% у м. Києві та Полтавській області до 2,6% у Житомирській та Хмельницькій областях.

Для оцінки оптимальної кількості 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 [9,11]. Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД перинатальної допомоги за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД ІІІ рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. Фактично там, де перинатальна допомога новонародженим високого ризику була регіоналізована, наприклад у Нідерландах, ІНТ становить <1%, тоді як у країнах із недостатньою регіоналізацією пологових відділень він досягає 2,6%, наприклад у Лаціо (Італія). У регіонах із великою кількістю малопотужних пологових будинків потреба в переведенні новонароджених також може бути вища, тому що компетенція персоналу в діагностиці перинатальних ризиків і патології знижується через спорадичне виникнення таких випадків і відсутність досвіду роботи.

В Україні оптимальний (0,71%) ІНТ наявний лише у Полтавській області, а перевищує 5,0% у Житомирській. і Рівненській та Запорізькій областях (рис. 2.).

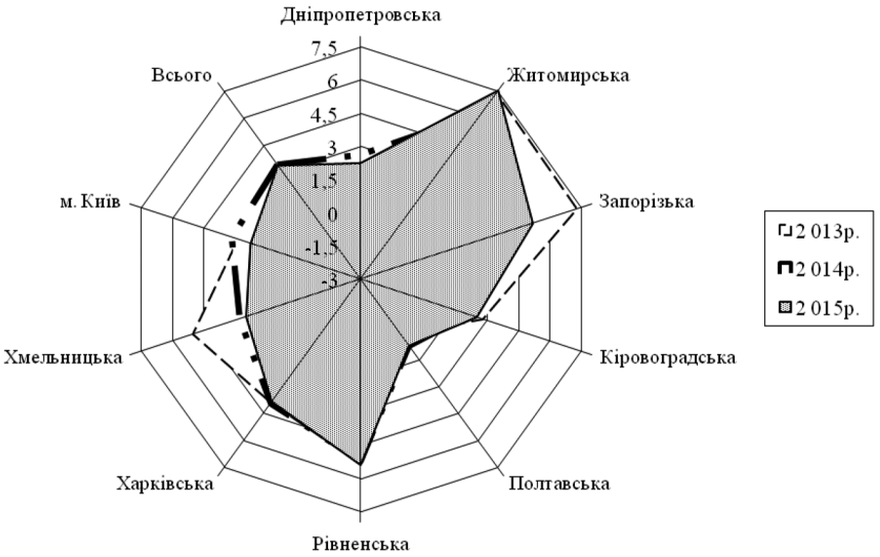

Рис 2. Індекс неонатальних трансферів, 2013–2015 рр., %

Якщо до впровадження регіоналізації перинатальної допомоги із пологових стаціонарів в інші заклади охорони здоров'я переводилося біля 6% новонароджених, то у 2013 - 2015 р. – лише 3,4% з коливанням цього показника відповідно від 7,5–6,4% у Житомирській, 7,3–3,9% у Запорізькій, 5,3–5,2% у Рівненській областях, до 0,04–0,7% у Полтавській, 1,9-2,1% у Кіровоградській областях.

Досягнута позитивна динаміка і частоти переведених із ПЦ ІІІ-го рівня у відділення патології новонароджених дитячих обласних (міських) лікарень новонароджених – у 2013 р. було переведено 433 новонароджених, що складає 1,0% від загальної кількості новонароджених у ПЦ ІІІ-го рівня, у 2014 р. – 193 і 0,7% відповідно, а у 2015р. відповідно 30 і 0,1%. Позитивна динаміка цього показника відбулася за рахунок забезпечення повного комплексу медичного догляду новонароджених у ПЦ ІІІ-го рівня.

Невід'ємним елементом координації та інтеграції перинатальної допомоги в регіоні, що забезпечує ефективну, своєчасну та безперервну медичну допомогу, безпечне та обґрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня на інший, є консультування.

За даними МіО, у 2013 р. спеціалістами ПЦ ІІІ-го рівня здійснено 2603 консультацій вагітних, роділь і породіль, що становить 0,9% від загальної кількості пацієнток, які закінчили вагітність, у 2014 р. відповідно 2556 і 1,4%, а у 2015р. – 2401 і 1,4%. ;1773 консультації новонароджених (1,1% від загальної кількості новонароджених, що вибули). Частота консультацій новонароджених залишається на рівні 1,3-1,8%, а кількість проконсультованих у 2015 р. становить 3249. Найбільша кількість консультацій у 2015 р. вагітним, роділлям і породіллям була проведена у Кіровоградській (456–5,1%), , Дніпропетровській (876–2,7%), Рівненській (294–1,8%), Хмельницькій (281–1,9%) областях, а новонародженим - у Харківській (1183 – 4,8%), Рівненській (437–2,7%), Кіровоградській (222 –2,5%), і Хмельницькій (332 – 2,2%) областях. Аналіз здійснення виїзних консультацій в цілому ускладнений тим, що у більшості регіонів виїзні консультації

здійснюються Центрами екстреної медичної допомоги із залученням спеціалістів ПЦ ІІІ-го рівня.

Запорукою високої якості надання перинатальної допомоги є дотримання визначених стандартів, які складаються з чіткого дотримання нормативно-правової бази – покрокового виконання клінічних протоколів, а також постійної підтримки професійного рівня всіх учасників як процесу медичного супроводу вагітної, так і догляду за новонародженими. Для забезпечення виконання цих умов необхідна розробка локальних протоколів та постійна робота навчальних тренінгових центрів різних рівнів. Наразі в усіх ЗПД ІІІ рівня розроблено і впроваджено локальні протоколи. У Дніпропетровській, Донецькій, Харківській областях при ПЦ створені і функціонують регіональні ресурсні (симуляційно-тренінгові) центри.

Загальновизнано, що для досягнення позитивних показників результату впровадження медико-організаційних технологій, які вивчалися за даними коефіцієнтів виживання новонароджених, неонатальної і материнської смертності, потрібний більш тривалий термін впровадження, ніж для досягнення позитивних результатів показника процесу. В цілому, за роки впровадження заходів Національного проекту досягнута позитивна динаміка виживання новонароджених з надзвичайно низькою масою тіла при народженні (67,7% у 2013р. і 66,8% у 2015р) і дуже низькою масою тіла (90,4% і 91,9% відповідно) (табл.7).

Таблиця 7

Характеристика виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500,0-999,0 г у 2013- 2015 рр., %

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Всього в регіоні			На І рівні			На ІІ рівні			На ІІІ рівні		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	44,6	–	–	25,0	–	–	33,3	–	–	46,9	–	–
2	Дніпропетровська	69,4	79,2	76,7	–	25,0	75,0	73,0	72,5	70,3	71,4	81,5	80,3
3	Донецька	57,1	–	–	100,0	–	–	48,2	–	–	60,4	–	–
4	Житомирська	61,3	71,8	83,9	33,3	83,3	100,0	–	–	–	68,0	69,7	82,8
5	Запорізька	52,2	74,5	63,9	20,0	83,3	60,0	55,6	100,0	–	60,0	71,4	61,3
6	Кіровоградська	44,4	52,9	31,3	100,0	50,0	25,0	–	–	–	39,4	53,3	33,3
7	Луганська	66,7	–	–	50,0	–	–	57,1	–	–	66,7	–	–
8	Полтавська	89,5	69,0	69,0	–	66,7	–	100,0	100,0	–	86,2	67,7	69,0
9	Рівненська	55,8	55,3	59,2	61,1	25,0	80,0	18,2	27,3	16,7	78,6	84,2	60,6
10	Харківська	68,0	70,3	61,4	0,0	66,7	–	55,6	30,0	66,7	71,9	75,0	60,9
11	Хмельницька	65,7	37,9	38,9	62,5	33,3	40,0	85,7	100,0	–	60,0	40,9	38,7
12	м. Київ	71,1	72,3	74,8	–	–	–	69,2	73,8	75,6	72,0	71,2	74,2
Всього		**62,7**	**69,8**	**66,8**	**50,0**	**53,7**	**63,3**	**59,8**	**66,1**	**68,8**	**65,1**	**72,0**	**66,4**

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації й оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених повинен бути у закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ЗПД ІІІ-го рівня.

Якщо у 2013-2014 рр. виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні у залежності від рівня перинатальної допомоги відповідало очікуваним результатам і у 2013 р. коливалося від 50,0% у закладах охорони здоров'я І рівня надання перинатальної допомоги, до 59,81% у закладах охорони здоров'я ІІ рівня надання перинатальної допомоги та 65,1% у ЗПД ІІІ рівня, а у 2014 р. - відповідно 53,7%, 66,1% та 72,0%., то у 2015 р. виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500,0-999,0 г у ЗПД ІІ рівня була вищою, ніж у ЗПД ІІІ рівня (68,8 і 66,4% відповідно) (рис.3).

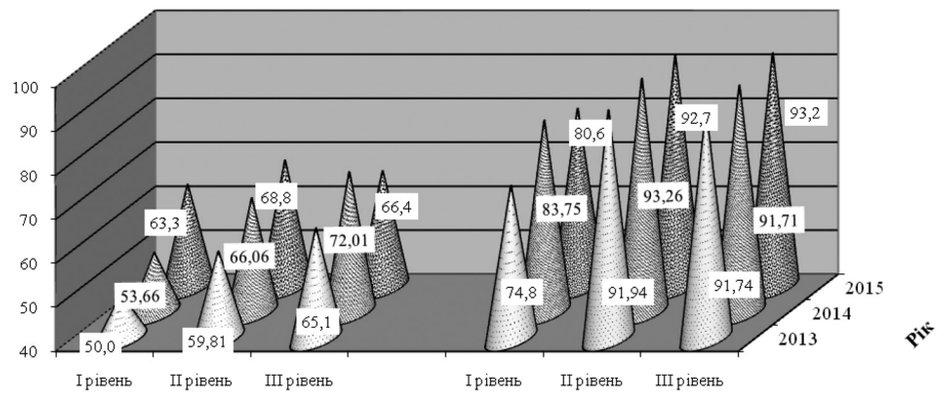

Рис 3. Залежність виживання новонароджених у перші 168 годин від маси тіла при народжені та рівнів ЗПД у 2013–2015 рр., %

Отримані .результати залежності виживання немовлят з дуже малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД – рівень виживання немовлят цієї вагової категорії у 2015р. у ЗПД II рівня вищий, ніж у ЗПД III рівня не підтвердили гіпотезу дослідження (найбільш високий рівень виживанння немовлят з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня і самий низький у ЗПД I рівня) можуть бути зумовлені некоректністю реєстрації народжень цієї категорії немовлят у ЗПД II рівня, що підтверджується все ще низькою, не відповідаючою орієнтовним даним ВООЗ і біологічним закономірностям народжених живими і мертвими з дуже малою масою тіла при народженні(біля 1%) в цілому в Україні.

Значно меншою є залежність виживання новонароджених від рівня надання перинатальної допомоги з масою тіла при народженні більше 1500,0 г.

Аналіз виживання новонароджених у залежності від маси тіла при народженні в розрізі пілотних регіонів, засвідчив, що виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у 2014 р. коливалося від 31,5% у Кіровоградській, 38,9% у Хмельницькій, до 76,7% у Дніпропетровській, 83,9% у Житомирській областях та 74,8% у м. Києві.. Показник виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г у ЗПД III-го рівня у 2015 р. коливалася від 33,3% у Кіровоградській, 38,7 % у Хмельницькій, 53,3% областях, до 82,8,% у Житомирській, 80,3% у Дніпропетровській областях (табл. 7).

Достовірно вищим, у порівнянні з виживанням новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г, було виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г, і в середньому по пілотних регіонах становило у 2015 р. 91,9% з меншим діапазоном коливань від 86,6% у Рівненській, 87,3% у Житомирській, до більше 93,0% - у Дніпропетровській, Полтавській областях та м. Києві у 2013 р. та від 82,7% у Житомирській до 95,7% у Кіровоградській, областях та 95,9% у м. Києві. У ЗПД III-го рівня виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г. коливалося від 88,3% у Полтавській, 89,6% у Рівненській областях до вище 95,0% у Дніпропетровській, Хмельницькій та Кіровоградській областях (табл. 8).

Таблиця 8

Характеристика виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г у 2013- 2015 рр., %

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Всього в регіоні			На I рівні			На II рівні			На III рівні		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	АР Крим	88,3	–	–	95,5	–	–	92,3	–	–	86,4	–	–
2	Дніпропетровська	93,3	88,0	91,7	87,5	72,7	80,0	93,0	91,1	90,1	94,4	85,1	95,3
3	Донецька	85,0	–	–	33,3	–	–	85,0	–	–	90,2	–	–
4	Житомирська	86,0	82,8	87,3	81,3	90,0	72,2	–	–	–	87,8	81,3	91,8
5	Запорізька	93,4	94,1	91,8	100,0	72,7	84,6	92,2	89,5	90,9	100,0	97,7	92,7
6	Кіровоградська	83,6	93,3	95,7	45,5	100,0	88,2	100,0	–	–	91,8	91,3	100,0
7	Луганська	90,7	–	–	50,0	–	–	92,7	–	–	94,8	–	–
8	Полтавська	93,3	90,8	90,8	–	–	–	89,5	96,3	96,3	95,1	88,3	88,3
9	Рівненська	91,6	89,9	86,6	78,9	90,5	76,2	100,0	100,0	92,3	93,8	87,2	89,6
10	Харківська	90,3	93,0	91,6	50,0	66,7	100,0	87,1	93,3	88,9	93,0	93,6	91,8
11	Хмельницька	87,2	88,5	92,4	83,3	70,0	81,8	93,8	100,0	71,4	82,4	90,5	96,7
12	м. Київ	96,9	96,8	95,9	–	–	–	97,0	94,8	97,7	96,8	98,2	94,6
Всього		**90,4**	**91,5**	**91,9**	**74,8**	**83,8**	**80,6**	**91,9**	**93,3**	**92,7**	**91,7**	**91,7**	**93,2**

Отримані дані виживання новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні можна було б оцінити позитивно. Проте, за даними ВООЗ, у економічно розвинених країнах виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г складає 30,0%, а новонароджених з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0г – лише 70%. Тому високі показники виживання новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні потребують вивчення їх коректності шляхом проведення клінічних аудитів.

Виживання новонароджених з масою тіла при народженні 1500,0–2499,0 г та більше 2500,0 г (99,8%) можна оцінити позитивно і відмінність цих показників у розрізі регіонів і ЗПД III-го рівня є несуттєвою.

Основною метою вітчизняної перинатології з моменту її створення вважалося зниження репродуктивних втрат – неонатальної, перинатальної й 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 інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку і відображають популяційний підсумок взаємодій економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних та медико-організаційних чинників.

За даними МіО РПД рівень перинатальної та неонатальної смертності у пілотних регіонах Національного проекту мав позитивну тенденцію (табл.9).

Таблиця 9

Рівень перинатальної та неонатальної смерті у ЗПД, у 2013- 2015 рр.

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Перинатальна смертність (на 1тис. народжених живими і мертвими)			Неонатальна смертність (на 1тис. народжених живими)		
		2013 р.	2014 р.	2015 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.
1	Дніпропетровська	9,5	10,4	10,1	2,6	2,8	2,6
2	Житомирська	7,1	7,8	6,7	2,8	4,3	3,1
3	Запорізька	10,0	8,3	10,4	1,4	1,4	1,2
4	Кіровоградська	12,5	10,1	9,9	5,0	2,0	4,1
5	Полтавська	9,3	8,1	8,1	3,1	4,4	4,4
6	Рівненська	8,3	7,7	8,8	2,7	3,5	2,8
7	Харківська	10,2	10,1	10,3	2,7	2,9	3,7
8	Хмельницька	1,9	7,8	6,6	3,3	2,6	3,2
9	м. Київ	5,6	5,4	6,1	3,1	2,6	3,1
Всього		**8,9**	**8,4**	**8,5**	**3,2**	**2,9**	**3,1**

Так, коефіцієнт перинатальної смертності у ЗПД пілотних регіонів становив 8,9 на 1000 народжених живими і мертвими у 2013 р. та 8,5 у 2015 р., а рівень неонатальної смертності – 3,2 на 1000 народжених живими та 3,1 відповідно. При цьому, за період спостереження високими (9,5-12,5) залишаються рівні перинатальної смертності у ЗПД Дніпропетровської, Запорізької, Кіровоградської і Харківської областей, а рівні неонатальної смертності (3,7 і вище) – у ЗПД Кіровоградської, Полтавської і Харківської областей. На низьких рівнях утримуються показники перинатальних втрат (менше 7,0) у м. Києві та Житомирській області, а неонатальних (менше 3,0) у ЗПД Запорізької і Дніпропетровської областей.

Концентрація госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ПЦ ІІІ-го рівня зумовлює більш високий рівень показників перинатальної, неонатальної та 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 ІІІ рівня. Регіоналізація перинатальної допомоги сприяла значному зниженню частки померлих в перинатальному та неонатальному періодах у родопомічних закладах І та ІІ рівня і збільшенню показників у ЗПД ІІІ рівня.

Очікувано частка плодово-малюкових втрат у ЗПД ІІІ-го рівня від їх загальної кількості в регіоні обслуговування при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги у регіоні повинна наближатися до 60-70%. Наразі при в цілому позитивній тенденції долі перинатальних втрат у ЗПД ІІІ рівня (38,5% у 2013р. і 44,1% у 2015р.) до цих критеріїв можна віднести лише діяльність ЗПД Харківської, де у 2013-2015 рр. частка перинатальних втрат у ЗПД ІІІ рівня перинатальної допомоги із загальної кількості загиблих в регіоні становила 58,5%, 60,6% і 60,1%.(рис.4).

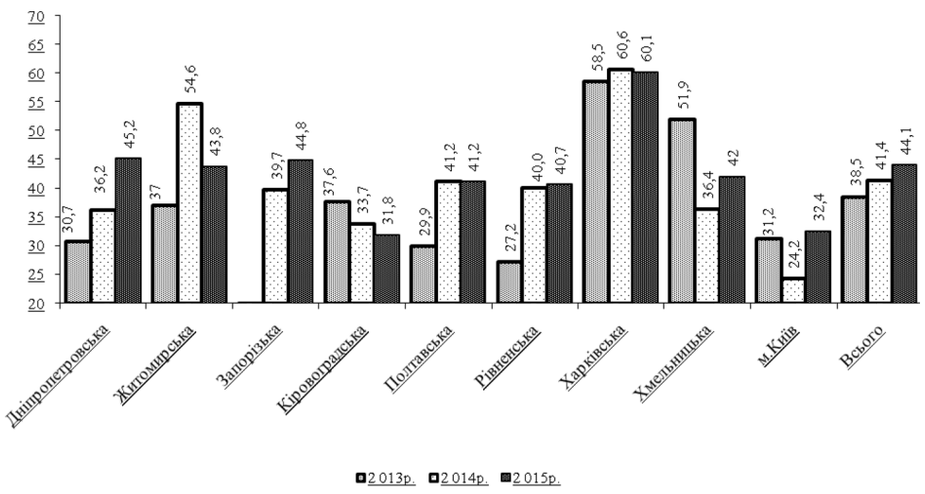

Рис 4. Характеристика долі перинатальних втрат у ЗПД ІІІ рівня у 2013- 2015 рр., % із загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

За показниками частки неонатальних втрат у 2013-2015 рр. у ЗПД ІІІ рівня перинатальної допомоги при в цілому позитивній динаміці (49,0; 52,5; 58,3%), за цими критеріями можна також віднести діяльність ЗПД ІІІ рівня Харківської та Житомирської областей, де частка неонатальних втрат у цих закладах перинатальної допомоги відповідно становила 70,0% , 73,6% і 84,6% та 47,6%, 79,5% і 84,9% (рис. 5).

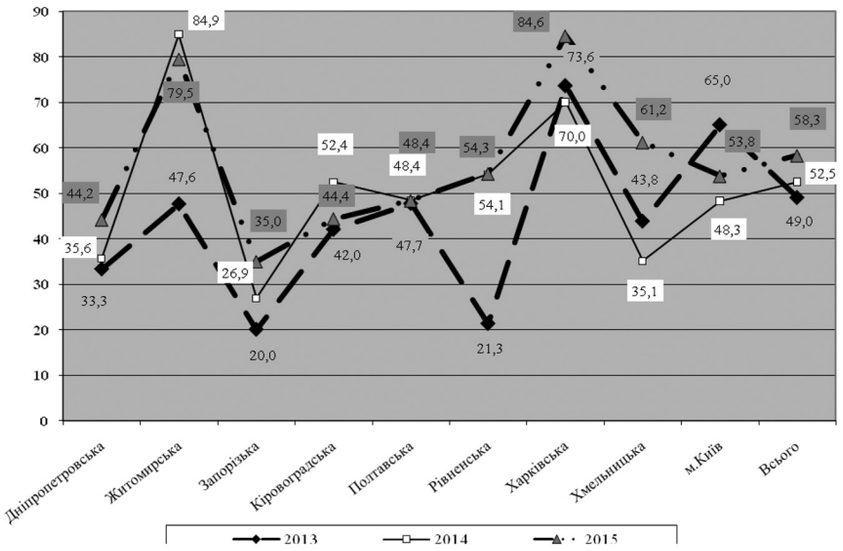

Рис 5. Характеристика долі неонатальних втрат у ЗПД ІІІ рівня у 2013- 2015 рр., % із загальної кількості втрат у регіоні обслуговування

Низькою, що потребує вивчення, залишається частка перинатальних втрат у ЗПД ІІІ рівня перинатальної допомоги у 2015 році у м. Києві –32,4%, Кіровоградській області (31,8%) а втрат у неонатальному періоді – у Запорізькій (35,0%), Дніпропетровській (44,2%) та Кіровоградській (44,4%) областях.

За даними МіО в пілотних регіонах у 2013 р. засвідчено 18, у 2014 р. – 22, у 2015 р. - 20 випадків материнської смертності, у тому числі 6 у Запорізькій області, по 3 – у Дніпропетровській, Рівненській і Харківській, по 1 – у Житомирській, Кіровоградській, Полтавській, Хмельницькій областях та м. Києві. Із загальної кількості материнських втрат у 4 (20,0%) випадках смерть наступила у ЗПД І рівня та поза ЗПД, у 3 (05,0%) – у ЗПД ІІ рівня, а у 13 (65,0%) – у ЗПД ІІІ рівня (табл. 10).

Таблиця 10

Характеристика материнських втрат за місцем смерті, 2013- 2015 рр., абс., %

№ з/п	Адміністративно-територіальна одиниця	Всього в регіоні			Всього на І рівні і поза ЗПД			Всього на ІІ рівні			Всього на ІІІ рівні		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
1	Дніпропетровська	5	5	3	1	2	–	1	2	–	3	1	3
2	Житомирська	1	–	1	–	–	–	–	–	–	1	–	1
3	Запорізька	3	3	6	2	1	1	–	1	1	1	1	4
4	Кіровоградська	–	3	1	–	2	1	–	–	–	–	1	–
5	Полтавська	1	3	1	–	1	–	1	–	–	–	2	1
6	Рівненська	1	3	3	1	2	2	–	–	1	–	1	–
7	Харківська	3	2	3	–	–	–	1	–	–	2	2	3
8	Хмельницька	2	3	1	–	1	–	2	–		–	2	1
9	м. Київ	2	–	1	–	–	–	1	–	1	1	–	–
Всього		**18**	**22**	**20**	**4**	**9**	**4**	**6**	**3**	**3**	**8**	**10**	**13**
%		**100,0**	**100,0**	**100,0**	**22,2**	**40,9**	**20,0**	**33,3**	**13,6**	**15,0**	**44,5**	**45,4**	**65,0**

Як видно з таблиці, кількість материнських втрат у 2015 р. у порівнянні з 2013 р., зменшилася на 2 випадки, при цьому зменшилася частка материнських втрат, що наступили у закладах первинного рівня перинатальної допомоги та поза закладами охорони здоров'я.

Висновки

Отримані результати моніторингу ефективності впровадження заходів національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» в пілотних регіонах за 2013–2015 рр. показали наступне:

1. За роки спостереження зменшилася частка пологів у закладах вторинного та збільшилася у закладах третинного рівня. У 2015 році частка пологів на першому рівні перинатальної допомоги склала 29,5%, на другому – 48,3%, а на третьому – 22,2%. У закладах третинного рівня розроджено 85,8% вагітних з вадами серця, 61,0% з хворобами системи кровообігу, 44,8% з цукровим діабетом. 87,1% вагітних з еклампсією та прееклампсіїю розроджено в закладах вторинного та третинного рівнів. За роки дослідження відмічається коливання даного показника як в межах пілотних регіонів так і за роками. Найкращі показники доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги жінкам з перинатальним ризиком зареєстровані в Полтавській області.

2. Відмічається позитивна динаміка концентрації народження немовлят з масою тіла до 1500 г в закладах перинатальної допомоги третинного рівня. Так, в них народжено 77,0% новонароджених з масою тіла 500-999 г та 64,9% - з масою тіла 1000-1499 г. У пілотних регіонах народжено в закладах перинатальної допомоги третинного рівня 36,1% народжених живими з вродженими вадами розвитку. Індекс неонатальних трансферів становив від 0,71% в Полтавській до 6,4% в Житомирській областях.

3. Показник виживання новонароджених з масою тіла 500-999 г має тенденцію до збільшення і в 2015 році склав 66,8%. Рівень перинатальної смертності у пілотних регіонах склав 8,5 з коливаннями від 6,1 в м. Київ до 10,4 в Запорізькій області. Рівень неонатальної смертності у пілотних регіонах склав 3,1з коливаннями від 1,2 в Запорізькій до 4,4 в Полтавській області.

4. У пілотних регіонах відмічається зменшення кількості материнських втрат. При цьому зменшилася частка материнських втрат, що настали у закладах первинного рівня перинатальної допомоги та поза закладами охорони здоров'я.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «НОВАЯ ЖИЗНЬ - НОВОЕ КАЧЕСТВО ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА» ЗА 2013-2015 гг.

Ю.Г. Антипкин, Т.К. Знаменская, Г.А. Слабкий*, Е.А. Дудина*

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», ГУ «Украинский институт стратегических исследований»* (г.Киев, Украина)

Резюме. В статье представлены результаты мониторинга и оценки эффективности внедрения мероприятий Национального проекта «Новая жизнь – новое качество охраны материнства и детства» за 2013–2015 гг.

Показано, что за годы наблюдения в пилотных регионах создана трехуровневая система перинатальной помощи. Данные проведенной реструктуризации учреждений перинатальной помощи (УПП) по уровням приближаются к ориентировочным – в 2015 г. в УПП III уровня частота родоразрешений беременных составляла 22,2% при при ориентировочных по данным опыта ННД показателям около 50% и около 30% соответственно.

Обеспечено достаточную доступность пациенток с перинатальным риском к специализированной и высокоспециализированной перинатальной помощи – в УПП III уровня родоразрешено 85,8% беременных с пороками сердца, 61,0% с болезнями системы кровообращения, в УПП II-III уровня - 87,1% беременных с эклампсией и преэклампсией, 80,2% с антенатальной гибелью плода и рождений в УПП III уровня младенцев с очень малой массой тела при рождении – 77% новорожденных с массой тела при рождении 500–999 г и 64,9% с массой тела 1000-1499 г.

Подтверждены ожидаемые результаты Национального проекта – в УПП пилотных регионов показатели выживания новорожденных с очень низкой массой тела при рождении имеют тенденцию к увеличению и в 2015 году составили 66,8% новорожденных с массой тела 500-999 г. и 91,9% с массой тела 1000-1499 г; а коэффициенты пе-

MONITORING AND EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION THE NATIONAL PROJECT «NEW LIFE - A NEW QUALITY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH» FOR THE YEARS 2013-2015

U.G. Antypkin, TK Znamenskaya, G.A. Slabko*, E.A. Dudin*

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS Ukraine» SE «Ukrainian Institute of Strategic Research» * (Kiev, Ukraine)

Summary. The results of monitoring and evaluation of the implementation of the activities of the National Project "New Life - a new quality of maternal and child health" for the 2013-2015 ..

It is shown that during the years of observation in the pilot regions of the three-level system of perinatal care. These the restructuring of perinatal care institutions (PCI) for their indicative levels approaching - in 2015 in the PCI III level frequency deliveries of pregnant women was 22.2% while at the indicative according to the experience of NPD figures about 50% and 30%, respectively.

Ensure adequate availability of patients with perinatal risk for secondary and tertiary perinatal care - in the PCI III level delivered 85.8% of pregnant women with heart defects, 61.0% of the circulatory system diseases, PCI II-III level, 87.1% of pregnant women with eclampsia and preeklampsia, 80.2% with fetal death and birth in the PCI III level of infants with very low birth weight - 77% of newborns with birth weight 500-999 g, and 64.9% of the body weight of 1000-1499 g .

Confirmed the expected results of the National project - in the PCI pilot regions survival rates of newborns with very low birth weight infants at birth, tend to increase and in 2015 amounted to 66.8% of newborns weighing 500-999 g, and 91.9% of the weight 1000-1499 g body; and the coefficients of perinatal mortality tends to decrease - 8.9 per 1000 live births and dead in 2013 r. and 8.5 in 2015r, neonatal mortality 3.2 and 3,1na 1000 live births, respectively.

Despite the positive trend is still not reach the indicative (60-70%) concentration indices in the PCI

ринатальной смертности имеют тенденцию к уменьшению – 8,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2013 р. и 8,5 в 2015 р. и неонатальной смертности - 3,2 и 3,1 на 1000 родившихся живыми соответственно.

Несмотря на положительную тенденцию, все еще не достигли ориентировочных (60-70%) индексы концентрации в УПД III уровня перинатальных (38,5% в 2013 г. и 44,1% в 2015 г.) и неонатальных (49,0% и 58,3% соответственно) потерь при высоком (3,4%) индексе неонатального трансфера.

Ключевые слова: перинатальная помощь, мониторинг, результаты, перинатальные потери, выживание новорожденных.

level III perinatal (38.5% in 2013 and 44.1% in 2015) and neonatal (49.0% and 58 , 3%, respectively) with high losses (3.4%), the index of neonatal transfers.

Keywords: perinatal care, monitoring of perinatal loss, neonatal survival.

Контактна інформація:
Знаменська Тетяна Костянтинівна – д.мед.н., професор, заступник директора з перинатальної медицини ДУ "Інститут педатрії, акушерства та гінекології НАМН України", завідувач відділення неонатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», (м. Київ, Україна).
Контактна адреса: вул. Платона Майбороди, 8, м. Київ, 04050, Україна.
Контактний телефон: +38 (067) 4038120.
E-mail: znamenskia@mail.ru

Контактная информация:
Знаменская Татьяна Константиновна - д.м.н., профессор, заместитель директора по перинатальной медицине ГУ "Институт педатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины", заведующий отделением неонатологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» (г. Киев, Украина).
Контактный адрес: ул. Платона Майбороды, 8, г.Киев, 04050, Украина.
Контактный телефон: +38 (067) 4038120.
E-mail: znamenskia@mail.ru

Contact Information:
Znamenskaya Tatiana K. - MD, professor, deputy director of Perinatal Medicine SI "Institute pedatriyi, Obstetrics and Gynecology NAMS Ukraine", head of neonatology department of SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS Ukraine" (m. Kyiv, Ukraine).
Contact address: Platon Mayboroda str., 8, m. Kyiv 04050, Ukraine.
Phone: +38 (067) 4038120.
E-mail: znamenskia@mail.ru