

І.В. Незборецький*, Л.В. Мельничук**, Ю.Д. Годованець**, С.М. Сторожук***
Управління охорони здоров'я Чернівецької міської ради*

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України**, КМУ «Міська клінічна дитяча лікарня»*** (Україна, м. Чернівці)
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ У М. ЧЕРНІВЦЯХ

Ключові слова: новонароджені, вроджені вади розвитку, неонатальна смертність, критично низька маса тіла.

Резюме. Результати аналізу показників захворюваності та

смертності новонароджених в м. Чернівцях свідчать, що на фоні зменшення неонатальної смертності проблемними залишаються виживаємість новонароджених з критично низькою масою тіла, діагностика та корекція вроджених вад розвитку. Подальше зниження неонатальної смертності потребує реорганізації допомоги новонародженим в м. Чернівцях.

Значення перинатальних факторів в етіології багатьох хвороб дитини, удосконалення методів діагностики та лікування новонароджених, реабілітація та створення умов для формування здоров'я на всі періоди життя ставить питання організації медичної допомоги новонародженим на одне з провідних місць серед напрямків реформування медичної галузі в Україні. У період демографічної кризи збереження життя кожної новонародженої дитини набуває великого значення. Негативний вплив екзогенних і ендогенних факторів ще в утробі матері призводить до того, що на момент народження на кожні 1000 дітей біля 200 мають ті чи інші захворювання або вади розвитку.

В Україні продовжується впровадження принципів, які є основою розвитку спеціалізованої неонатологічної допомоги: регіоналізації перинатальної допомоги, принципів доказової медицини, неінвазивних технологій, інтенсивної терапії новонароджених, неонатальної хірургії, перинатальної неврології, своєчасної діагностики та лазерної корекції ретинопатії в недоноше-
© І.В. Незборецький, Л.В. Мельничук, Ю.Д. Годованець, С.М. Сторожук
них дітей, інтенсивної терапії та виходжування дітей з малою та екстремально малою масою тіла. В той же час, зміна вікової та нозологічної структури втрат немовлят в останні роки вимагає ефективної реорганізації існуючої системи, покращення матеріально-технічної бази лікувальних закладів. Проведено аналіз захворюваності та смертності новонароджених в м.Чернівцях за період 2007-2011 років. Вивчено нозологічну та вікову структуру втрат новонароджених, динаміку показників малюкової, неонатальної смертності за останні 5 років. Проведено аналіз нозологічної структури вроджених вад, оперативної активності та післяопераційної летальності у новонароджених з вродженими вадами розвитку, пролікованих в міській клінічній дитячій лікарні.

Останні роки в м.Чернівці спостерігається чітка тенденція до зниження показника малюкової смертності з 11,7 % в 2007 році до 7,1 % в 2011 році, в тому числі неонатальної смертності з 7,0 % до 4,6 %. В нозологічній структурі у померлих немовлят, як і в Україні, перше місце у 2011 році посіли перинатальні причини (50,0 %), друге - вроджені вади розвитку (30,0 %), третє - синдром раптової смерті, зовнішні причини, хвороби кровообігу та нервової системи - (по 5,0 %).

Позитивним є зменшення перинатальних втрат, однак залишаються високими втрати від вроджених аномалій розвитку.

В структурі новонароджених за ваговою категорією діти з критично низькою вагою склали 0,39 %, з вагою до 1500-0,97 %. Однак, вже в структурі втрат новонароджених в пологових будинках питома вага новонароджених з критично низькою вагою та вагою до 1500 склала 28,0 % та 48,0 % відповідно.

Причиною втрат недоношених новонароджених були: синдром дихальних розладів (6 дітей), внутрішньошлунковий крововилив (2 дітей), гемолітична хвороба новонароджених (1 дитина), виразково-некротичний ентероколіт (1 дитина). Серед 6 випадків вроджених вад розвитку відмічено хромосомні аномалії (2 випадки), вади розвитку травної системи (2 випадки), двобічна гіпоплазія легень (1 випадок), комбінована вада серця та судин (1 випадок).

Структура малюкової смертності за віком свідчить, що в 2011 році 65,0 % втрат було зареєстровано в неонатальному періоді, 35,0 % - в постнеонатальному періоді.

Неонатальна смертність має тенденцію до зниження і склала в 2011 році 4,61 % проти 6,15 % в 2010 році. Рання неонатальна смертність в 2011 році становила 2,13 % проти 4,34 % в 2010 році.

Таблиця 1

Рік	Всього	0-6 діб	7-28 діб	1-3 міс.	3-6 міс.	6-9 міс.	9-12 міс.
-----	--------	---------	----------	----------	----------	----------	-----------

2007	30	12	6	5	6	1	
2008	22	11	7	3	1	-	-
2009	25	12	6	3	2	1	1
2010	22	12	5	3	1	1	-
2011	20	6	7	4	1	1	1

Вікова структура малюкової смертності за 2007-2011 рр.

Таблиця 2

Структура втрат новонароджених від перинатальних факторів за ваговою категорією

Рік	Всього	<1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	>2500
2008	13	5	3	1	1	3
2009	17	7	3	2	-	5
2010	14	3	4	1	-	6
2011	10	4	4	1	1	-

В структурі втрат від перинатальних причин за ваговою категорією в 2011 році є позитивна тенденція, а саме відсутність втрат доношених дітей, які в 2010 році склали 42,9 %. Це результат впровадження сучасних перинатальних технологій медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною, сучасних методів інтенсивної терапії новонароджених.

% втрат немовлят. У 2011 році

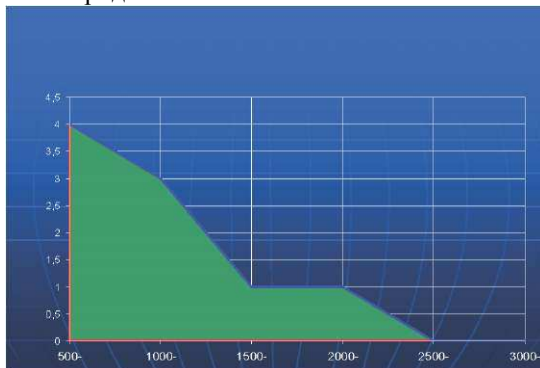


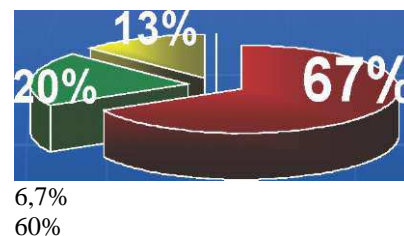
Рис. 1. Структура втрат в пологових будинках за ваговою категорією у 2011 р.

Виживаємість новонароджених з критично низькою вагою у 2010 році склала по пологовим будинкам міста 30,0 % і це значно нижче показника по Україні, який складає 55,0 %. Виживаємість новонароджених у ваговій категорії 1000-1499 склала 66,7 % при показнику по Україні 90,0 %, що свідчить про необхідність подальшого удосконалення медичної допомоги в цій категорії новонароджених. Тому у 2011 році в міських пологових будинках створені відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених, що покращило умови для респіраторної підтримки та інтенсивної терапії новонароджених з критично низькою та дуже низькою вагою. Результатом цього стало зростання виживаємість новонароджених з критично низькою вагою до 55,0 %, а новонароджених з дуже низькою вагою - до 76,7 %. Проблемним питанням залишається діагностика та корекція вроджених вад розвитку, які складають 27,3

в міську клінічну дитячу лікарню було направлено 23 дитини з вродженими вадами розвитку і це більше, ніж у 2010 та 2009 роках, що складало відповідно - 15 та 17 дітей. Серед випадків втрат немовлят від вроджених вад розвитку були: вади судин головного мозку, вади розвитку кишечника, двобічна гіпоплазія легень, вада розвитку центральної нервової системи, комбінована вада серця та судин.

З 2008 року у м.Чернівцях впроваджена система транспортування новонароджених з вродженими вадами розвитку з пологових будинків міста в Центр дитячої хірургії в транспортному кювезі бригадою відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії. Це дало можливість покращити підготовку новонароджених до оперативного втручання, збільшити оперативну активність у новонароджених з 68,3 % у 2008 році до 90,2 % в 2010 та 2011 роках.

Післяопераційна летальність новонароджених знизилась за останні роки з 26,9 % до 16,2 %. В структурі летальності за віком домінують втрати новонароджених, що складають 67 %, на другому місці - діти 1-12 місяців (20 %), на третьому - діти старше року (13 %). В нозологічній структурі летальності перше місце посіли вроджені аномалії розвитку - 9 випадків (60,0 %), на другому місці перинатальні причини - 3 випадки (20,0 %), на третьому - хвороби нервової системи та хвороби крові й кровообігу - по 1 випадку (по 6,7 %). Зростання летальності в групі новонароджених зумовлене збільшенням питомої ваги важких комбінованих вроджених вад розвитку та появою контингенту новонароджених з нейрохірургічною патологією (вроджені вади центральної нервової системи, мальформації судин головного мозку).



Новонароджені
1-12 міс
ВНЕК
Хвороби крові
ЦНС I
Хвороби
кровообігу
Старше року

Рис. 2. Вікова та нозологічна структура втрат в міській клінічній дитячій лікарні.

Таким чином, для подальшого розвитку медичної служби суттєву роль відіграє постійний моніторинг найважливіших медико-демографічних показників, які відображають рівень організації системи охорони здоров'я та ефективність впровадження нових перинатальних технологій в регіоні. З урахуванням аналізу показників захворюваності та смертності новонароджених дітей у м.Чернівці з останні 5 років, назріла нагальна потреба щодо реорганізації та удосконалення неонатальної служби, розвитку неонатальної хірургії з постійним неонатальним супроводом дітей в міській дитячій лікарні, що є можливим при введенні в структуру лікарні ліжок для надання допомоги новонародженим, у тому числі, ліжок інтенсивної терапії. Наступним кроком щодо удосконалення допомоги дітям з перинатальною патологією повинна бути організація катанестичного спостереження дітей на базі міської дитячої лікарні зі залученням також

потенціалу амбулаторій загальної практики - сімейної медицини.

Висновки

В структурі малюкової смертності у м.Чернівцях домінують втрати новонароджених, особливо з критично низькою та дуже низькою масою тіла. У нозологічній структурі втрат немовлят залишаються високими втрати дітей від вроджених вад розвитку, що потребує удосконалення пренатальної діагностики, а також впровадження перинатального аудиту плода.

Зниження показника неонатальної смертності можливе за умов своєчасної, ефективної інтенсивної терапії новонароджених, починаючи з пологових відділень, післяопераційного догляду новонароджених з вродженими вадами розвитку в міській дитячій лікарні, завершуючи відділенням пролонгованої реабілітації новонароджених. Подальше зниження рівня малюкової смертності в регіоні потребує реорганізації допомоги

новонародженим з урахуванням вікової та нозологічної структури втрат.
5. Дооснащення, постійне навчання персоналу відділень, збільшення ліжок інтенсивної терапії новонароджених в міських пологових будинках та

міській дитячій лікарні відповідно до II рівня перинатальної та неонатальної допомоги дозволить забезпечити лікувально-профілактичну допомогу новонародженим відповідно до сучасних вимог.

Література

- Батман Ю. Перинатальная диспансеризация плода и новорождённого / Ю. Батман // 3 турботою про дитину. - 2010. - № 2. - С.10-12.
- Гавриленко Т. Реформа перинатальной помощи в Украине / Т. Гавриленко // 3 турботою про дитину. - 2010. - № 9. - С.14-17.
- Знаменская Т. К. Приоритетные направления развития перинатальной службы в Украине / Т. К. Знаменская // Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. - Т.І, № 2, 2011. - С. 6-11.
- Наказ МОЗ України «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».№ 52 від 02.02.2011 р.
- Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання» від № 204 від 13.04.2011 р..
- Поліщук М. І. Динаміка та структура перинатальної патології в Чернівецькій області за період з 2008 до 2010 року / М. І. Поліщук, Л. В. Никифор, Л. М. Кузьменко [та співав.] // Матеріали конференції «Перинатальна охорона плода: проблеми, наслідки, перспективи». - Чернівці, 2011. - С.115-116.
- Шулько С. С. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / С. С. Шулько // Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. - Т.І, № 1, 2011. - С. 10-16.

