

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

УДК: 616-053.31-07-08:614.2

Є.Є. Шунько, В.М. Тишкевич*,
О.О. Костюк, Ю.Ю. Краснова,
О.О. Ткачук*

ДОСВІД РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ
ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
НОВОНАРОДЖЕНИХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО
ЦЕНТРУ М. КИЄВА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Перинатальний центр*
(м. Київ, Україна)

Ключові слова: новонароджені, перинатальний центр, глибоконедоношені, недоношені діти, інтенсивна терапія, перинатальна допомога, регіоналізація.

Резюме. Аналіз діяльності Перинатального центру засвідчив доцільність створення та подальшого вдосконалення системи перинатальної допомоги відповідно до міжнародних стандартів. Провідною причиною неонатальної смертності є передчасне народження дітей з дуже малою та екстремально малою масою тіла.

Впровадження в Україні стандартів якості медичної допомоги дітям та матерям потребує нових організаційних технологій перинатальної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим. Саме створення регіональних перинатальних центрів III-ого рівня дає можливість забезпечити доступність, своєчасність та безпечність медичної допомоги новонародженим, особливо недоношеним дітям.

У лютому 2012 року пологовий будинок №7 м. Києва реорганізовано в Перинатальний центр (ПЦ) III-ого рівня м. Києва (головний лікар, к.мед.н. В.В.Біла). До ПЦ м. Києва спрямовуються вагітні з загрозою передчас-

них пологів в терміні гестації менше 34 тижнів, що зумовило підвищення питомої ваги передчасних пологів до 9-11% та відповідно збільшення кількості глибоконедоношених дітей у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) та відділенні постінтенсивного догляду та виходжування недоношених дітей. В структурі ПЦ м. Києва працює кабінет катамнестично-консультативного спостереження за станом здоров'я та розвитку дітей з дуже малою масою при народженні. В штаті лікарів ПЦ працюють за сумісництвом лікар невролог дитячий, лікар хірург дитячий, лікар офтальмолог дитячий, лікар рентгенолог.

Таблиця 1

Кількість народжених живими дітей у Перинатальному центрі

	2010 рік	2011 рік	2012 рік
Всього народилось живими	6023	6682	7189
Народилось недоношених	484	581	728
% недоношених	8,04	8,69	10,1

Таким чином, протягом 2012 року у ПЦ м. Києва збільшилась кількість пологів та відповідно

новонароджених дітей. Питома вага передчасних пологів зросла в 1,3 рази та складає 10,1%.

Таблиця 2

Характеристика новонароджених, які лікувалися в ВІТН

	2010 рік	2011 рік	2012 рік
Знаходилось у відділенні інтенсивної терапії новонароджених	489	484	581
Доношені	141	124	124
Недоношені	375	360	457
% недоношених	70,5	74,3	76,7

У 2012 році зросла кількість новонароджених, які потребували інтенсивної терапії. Так, у відділенні знаходилося 8,1% (7,2% у 2011 році) дітей народжених у пологовому будинку. Цей показник є практично стабільним протягом останніх років, що можливо пояснити вдосконаленням рівня пренатального догляду за станом розвитку плоду в анте-, інтранатальному періодах, організацією заходів інтенсивної терапії новонароджених, впровадженням

нових сучасних технологій виходжування та лікування недоношених немовлят, використанням сучасних препаратів сурфактантів та сучасних методів респіраторної підтримки.

За даними 2012 року відмічається збільшення питомої ваги недоношених немовлят у ВІТН з 70,5% до 76,7%, що зумовлює додаткове навантаження на медичний персонал відділення та потребує додаткових ресурсів.

За останні 3 роки майже в 2 рази збільши-

Таблиця 3

Розподіл новонароджених за масою тіла

Маса тіла при народженні	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
до 999г	20	4,1	30	6,2	52	8,9
від 1000 до 1499 г	60	12,4	66	13,6	87	15,0
від 1500 до 1999 г	97	20,0	115	23,8	156	26,7
від 2000 до 2499 г	109	22,4	112	23,1	116	20,0
від 2500 до 2999 г	64	13,2	54	11,1	49	8,4
від 3000 до 3499 г	64	13,2	54	11,1	57	9,8
більше 3500 г	72	14,8	53	10,9	64	11,0

лась кількість новонароджених з екстремально малою масою тіла при народженні (ЕММТ) (з 4,1 % у 2010 році до 8,9% у 2012 році) та з дуже малою масою тіла (ДММТ) в 1,2 рази (з

12,4% до 15,0%). 29% складають діти в ваговій категорії понад 2500 г, що порівняно з минулими роками має тенденцію до зменшення, але залишається досить високим.

Таблиця 4

Розподіл новонароджених за гестаційним віком

Гестаційний вік(тижні)	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
20-22	2	0,6	3	0,8	2	0,4
23-25	6	1,7	10	2,7	24	5,3
26-28	33	9,6	42	11,6	64	14,0
29-31	65	18,8	87	23,9	98	21,3
32-34	168	45,8	139	38,3	204	44,7
35-37	81	23,5	82	22,6	65	14,3

У відділенні інтенсивної терапії перебувало 457 недоношених новонароджених, що складає 62,7% від загальної кількості недоношених дітей, народжених в ПЦ м. Києва. У 2011 році цей показник складав 73%. Завдяки впровадженню в практику Наказу МОЗ № 584 від 29.08.2006 р. «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні» відмічається зменшення відсотку новонароджених у ваговій категорії 2000–2500 г у відділенні інтенсивної терапії новонароджених. Порівняно з попередніми роками відмічається збільшення кількості дітей з гестаційним

віком 23–31 тижнів, що можна пояснити впровадженням нових технологій виходжування та лікування недоношених дітей, використанням сучасних препаратів сурфактантів, сучасних методів проведення респіраторної підтримки.

У відділенні залишається високою питома вага новонароджених (біля 60%), котрим адекватний газообмін можна було забезпечити лише за допомогою ШВЛ, що свідчить про проблеми ведення вагітності та пологів. Це зумовлює надзвичайно важкий стан дітей при народженні, які лікувались у ВІТН. Підвищення питомої ваги дітей, які потребували штучної вентиляції легень, відбулося внаслідок

док збільшення кількості новонароджених з ЕММТ та ДММТ.

Усі діти з масою тіла менше 1000 г потребували штучної вентиляції легень (ШВЛ),

Таблиця 5

Кількість новонароджених, які потребували ШВЛ

	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
ШВЛ (всього)	236	45,8	241	49,8	342	58,9
недоношенні	185	78,4	202	83,8	284	81,3
доношенні	51	21,6	39	16,2	65	18,8

висока питома вага дітей, яким необхідно було проводити ШВЛ і серед дітей, що народились з масою тіла 1000–1499 г (93,1%). Залишається достатньо високою питома вага ШВЛ в групі дітей з масою тіла 1500–1999 г (52,2%). Перспективним є підвищення якос-

ті ведення передчасних пологів та збільшення питомої ваги глибоконедоношених дітей, яким проводиться СРАР-терапія або неінвазивна вентиляція легень.

98,3% дітей, які перебували у відділенні, отримували часткове чи повне парентеральне

Таблиця 6

Розподіл дітей, яким проводилась респіраторна підтримка, за масою тіла

		до 999г	від 1000 до 1499 г	від 1500 до 1999 г	від 2000 до 2499 г	від 2500 до 2999 г	від 3000 до 3499 г	більше 3500 г
		2010 р	ШВЛ	20	53	58	39	23
	%	100	88,3	59,8	35,8	3,9	34,4	27,8
2011 р	ШВЛ	30	58	65	35	19	17	16
	%	100	87,9	56,5	31,2	35,2	31,5	30,2
2012 р	ШВЛ	52	81	82	45	27	28	34
	%	100	93,1	52,2	38,8	55,1	49,1	53,1

харчування, що свідчить про важкість їх стану та необхідність перебування у відділенні.

Проблемним питанням є збільшення у ВІГН питомої ваги новонароджених вагової категорії понад 3000 г майже в 2 рази (з 27,8% до 53,1%) у порівнянні з 2010 роком. У 2012 році відмічається збільшення кіль-

кості дітей, народжених в асфіксії важкого ступеню – 13 новонароджених, 11,7%, (у 2011 році – 4 дитини, 4,3%) та з синдромом аспірації меконію – 5 новонароджених (4,3%), у 2011 році (3,2%).

3 лютого 2012 року ВІГН отримало апарат високочастотної (ВЧ) вентиляції та апара-

Таблиця 7

Розподіл дітей, яким проводилась респіраторна підтримка, за масою тіла при народженні та способом респіраторної підтримки

Маса тіла	ШВЛ	Неінвазивна ШВЛ	пСРАР	ВЧО
до 999г	46	4		1
від 1000 до 1499 г	61	17	1	2
від 1500 до 1999 г	45	32	4	1
від 2000 до 2499 г	24	19	3	1
від 2500 до 2999 г	16	11		
від 3000 до 3499 г	22	4		2
більше 3500 г	27	6	1	
Всього	241	92	9	7

ти для проведення неінвазивної вентиляції легень. Ведення новонароджених на неін-

вазивній вентиляції легень дає можливість проведення респіраторної підтримки без

використання інвазивного втручання (інтубації трахеї), що особливо важливо для виходжування глибоконедоношених новонароджених та зменшує інвазивність і тривалість респіраторної підтримки.

ВЧ вентиляція проводилась у новонароджених у тих випадках, коли традиційна вентиляція неефективна, зокрема у новонароджених з масивною аспірацією меконію.

Серед 349 новонароджених, які потребували респіраторної підтримки, 69% знаходились на традиційній вентиляції, 26,4% потребували неінвазивної вентиляції легень. Особливо ефективна неінвазивна вентиляція легень серед новонароджених у ваговій категорії від 1500 до 1999 г, які отримали профілактику дексаметозоном.

Серед 51 новонародженого у ваговій категорії до 1000 г, які знаходилися на ШВЛ з введенням сурфактанту після народження, 40% залишились живими. 14 дітям з ЕММТ препарат сурфактанту не був введений у зв'язку з його відсутністю або з вкрай важким нестабільним станом дитини. Летальність у цій групі дітей склала 100%.

Аналізуючи ситуацію в групі дітей з ваговою категорією 1000–1499,0 г, що потребували респіраторної підтримки, 22% новонароджених знаходилися на неінвазивній вентиляції легень. Із 81 дитини у ваговій категорії 1000–1499,0 г, які знаходилися на ШВЛ, 57% (46 дітей) отримали сурфактант. Сурфактант вводився тим дітям, котрі не отримали антенатальну профілактику РДС, або отримували неповний курс стероїдів. Серед цих дітей залишилось живими 67%.

У групі дітей, які народилися через 72 години після проведення повного профілактичного введення стероїдів, але потребували введення сурфактанту, ефективність інтенсивної терапії новонароджених була вищою, що дало можливість зберегти життя та забезпечити оптимальний неонатальний догляд у 86% дітей вагової категорії 1000–1499,0 г.

У категорії дітей з масою тіла при народженні 3000–3499,0 г отримали сурфактант 2 дитини. Одна дитина мала тяжкі дихальні розлади, пов'язані з синдромом масивної аспірації меконію, інша дитина, яка померла, мала тяжкі вади розвитку: діафрагмальну килу та вроджену ваду серця.

У категорії дітей з гестаційним віком 20–25 тижнів померло 83%. Зазначену гестаційну категорію формують діти так зва-

ної «сірої зони» з невизначеним прогнозом через глибоку морфо-функціональну незрілість, низьку здатність до життя цієї категорії новонароджених. Проте відмічається достатньо високий рівень виживання серед дітей з гестаційним віком 29–31 тиждень до 87%, на що позитивно вплинула антенатальна профілактика РДС, сучасні технології інтенсивної терапії недоношених дітей. Серед дітей з гестаційним віком більше 38 тижнів померла 1 дитина, яка мала множинні вади розвитку, несумісні з життям.

Таким чином, своєчасна антенатальна профілактика респіраторного дистрес-синдрому стероїдами, введення препаратів сурфактанту з профілактичною та лікувальною метою, дотримання теплового ланцюжка, використання неінвазивної вентиляції для респіраторної підтримки новонароджених, проведення кардіо-респіраторного моніторингу, раннього ентерального та парентерального харчування значно підвищують ефективність медичної допомоги та якість подальшого життя у дітей з ваговою категорією 500–1499,0 г при народженні.

Водночас, незважаючи на впровадження новітніх перинатальних технологій (антенатальна профілактика РДС, використання препаратів сурфактантів, сучасних апаратів ШВЛ для інвазивної та неінвазивної вентиляції легень), низьким залишається рівень виживання серед дітей з вагою при народженні до 750 г та гестаційним віком до 25 тижнів. Критично низьким є рівень виживання дітей з гестаційним віком менше 24 тижнів та масою тіла при народженні менше 500,0 г. Переважна більшість дітей зазначеної категорії потребує паліативної медичної допомоги, спрямованої на підтримку життя в належних умовах без застосування реанімації та агресивної інтенсивної терапії. Це рішення має обговорюватися з батьками дитини членами етичного комітету Перинатального центру.

Відкриття Перинатального центру зумовило зміни в організації медичної допомоги новонародженим. У структурі Перинатального центру м. Києва працює відділення постінтенсивного догляду та виходжування недоношених дітей на 25 ліжок, в якому недоношені діти перебувають спільно з матерями та отримують необхідну медичну допомогу до виписки додому, тому кількість дітей, які були транспортовані з відділення в інші лікувальні заклади, значно знизилась.

До інших лікувальних закладів транспортовано лише 25% новонароджених, які потребували високоспеціалізованої допомоги, зокрема діти з вродженими вадами розвитку для додаткового обстеження та хірургічного лікування з проведенням реконструктивно-пластичних операцій в НДСЛ «ОХМАТ-ДИТ».

В організації медичної допомоги ново-

народженим проблемним питанням залишається кадрове та матеріально-технічне забезпечення роботи відділення постінтенсивного догляду та виходжування недоношених, кабінету консультативно-катамнестичного спостереження за станом здоров'я та розвитку дітей з дуже малою масою тіла, народжених в Перинатальному центрі.

Недоношені діти, стан яких при наро-

Таблиця 8

Структура захворюваності новонароджених в ВІТН

Нозологічна форма	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Хронічна в/у гіпоксія та асфіксія при народженні, а також зв'язані з ними стани	155	34,7	116	23,9	173	31,8
Респіраторний дистрес синдром (РДС)	168	37,8	164	33,9	186	34,2
Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ)	66	14,8	83	17,1	69	12,7
Затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР)	15	3,4	14	2,9	11	2,02
Гіпербілірубінемія	10	2,2	12	2,5	10	1,8
Внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК)	13	2,9	15	3,1	31	5,7
Некротичний ентероколіт (НЕК)					23	4,2
Бронхо - легенева дисплазія (БЛД)					4	0,7
Множинні вроджені вади розвитку (МВВР)	11	2,5	12	2,5	37	6,8
Вроджені вади серця	7	1,6	6	1,2		

дженні потребує інтенсивної терапії, мають поєднану перинатальну патологію, а саме ранній неонатальний сепсис, респіраторний дистрес синдром, внутрішньоутробну інфекцію, внутрішньошлуночкові крововиливи, затримку внутрішньоутробного розвитку. За останні роки підвищилась питома вага недоношених дітей з некротичним ентероколітом, у розвитку якого мають значення гіпоксія-ішемія плода та новонародженого, інфекція та морфо-функціональна незрілість.

Спостерігається збільшення кількості дітей з вродженими вадами розвитку майже у 3 рази, що потребує додаткового аналізу якості пренатальної діагностики та ведення вагітних у жіночих консультаціях. 37 новонароджених народилось з вродженими вадами, з них 9 дітей потребували негайного хірургічного втручання. У 7 випадках вроджені ано-

малі не були діагностовані пренатально.

Відомо, що основною причиною передчасних пологів є інфекція в організмі матері, тому в структурі захворюваності та смертності недоношених дітей провідне місце мають неонатальний сепсис та внутрішньоутробна інфекція (цитомегаловірусна інфекція, токсоплазмоз тощо)

Внутрішньошлуночкові крововиливи посідають III–IV місце в структурі захворюваності новонароджених, і цей показник за останні роки підвищується, водночас збільшується також кількість глибоко недоношених новонароджених.

За останні 3 роки у ПЦ значно збільшилась кількість новонароджених, які померли (з 5,1% до 11,5%), це пояснюється тим, що збільшилась кількість новонароджених з ЕММТ та ДММТ. За 2012 рік в перинатальному центрі померло 67 новонароджених, у

Таблиця 9

**Розподіл летальності за тривалістю життя новонароджених
в перинатальному центрі**

Час смерті дитини	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
всього померло	25	5,1	32	6,6	67	11,5
до 7 діб в п/б	16	64,0	18	56,2	27	40,3
від 7 до 28 діб в п/б	7	28,0	12	37,5	18	26,9
після 28 діб	2	8,0	2	6,2	22	32,8

ранньому неонатальному періоді померло 27 дітей, показник склав 3,75%, у 2010 р – 16 дітей, показник - 2,6%.

У неонатальному періоді померло 45 ді-

тей, показник 6,2% (у 2010 р – 23, показник 3,8%). З усіх померлих 37 дітей (55,2%) – діти з екстремально малою масою тіла при народженні до 999,0 г.

Таблиця 10

Показники неонатальної смертності у Перинатальному центрі

Неонатальна смертність(‰)	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	‰	кількість	‰	кількість	‰
Рання неонатальна смертність по пологовому будинку	16	2,65	18	2,69	27	3,75
Рання неонатальна смертність з переведеними (‰)	19	3,2	19	2,84	28	3,9
Неонатальна смертність по пологовому будинку (‰)	23	3,8	30	4,5	45	6,2

За даними 2012 року в ПЦ м. Києва відмічається підвищення показників ранньої неонатальної смертності майже в 1,4 рази порівняно з 2010 роком (з 2,65 до 3,75‰). Збільшення ранньої неонатальної смертності зумовлено значним збільшенням кількості

дітей з ЕММТ та ДММТ. Саме ця категорія недоношених дітей з крайньою морфо-функціональною незрілістю має несприятливий або невизначений прогноз щодо можливості подальшого життя та оптимального розвитку.

Таблиця 11

Розподіл померлих новонароджених по вагових категоріям

По масі тіла:	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
до 999 г	10	40,0	15	50,0	37	55,2
від 1000 до 1499 г	5	20,0	5	16,7	20	29,8
від 1500 до 1999 г	4	16,0	5	16,7	4	5,9
від 2000 до 2499 г	4	16,0	1	3,3	1	1,5
від 2500 до 2999 г			1	3,3		
від 3000 до 3499 г	2	8,0	2	6,6	4	5,9
більше 3500 г			1	3,3	1	1,5

У структурі летальності по ваговій категорії 85% займають діти вагою до 1500 г.

Зменшення кількості померлих у ваговій категорії 1500 – 1999,0 г у 2,5 рази та в ваговій категорії 2000 – 2499,0 г у 10 разів пояснюється вдосконаленням перинатальної

акушерської та неонатологічної допомоги новонародженим, впровадженням сучасних методів виходжування (профілактика РДС плуоду, належна підтримка теплового захисту, неінвазивна вентиляція легень, ВЧВ, введення сурфактантів, ранній початок міні-

мального трофічного харчування та парентерального харчування тощо).

Водночас відмічається збільшення летальності у ваговій категорії понад 3000 г. Так у 2010–2011 р. це становило 1% всіх дітей, народжених з вагою понад 3000 г.

У 2012 р. відзначалося значне збільшення числа померлих дітей до 4 ос.(3,6%), двоє з яких були народжені з вродженими вадами розвитку (діафрагмальна кила, ВПС). ВУІ займають 2 місце серед причин смертності у дітей в ваговій категорії понад 3000 г.

Таблиця 12

Рання неонатальна смертність залежно від маси тіла при народженні

Маса тіла при народженні:	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
до 999 г	5	33,3	9	50,0	15	55,6
від 1000 до 1499 г	1	6,7	3	1,7	8	29,6
від 1500 до 1999 г	3	20,0	2	11,1	1	3,7
від 2000 до 2499 г	4	26,7			1	3,7
від 2500 до 2999 г			1	5,6		
від 3000 до 3499 г	2	13,3	2	11,1	1	3,7
більше 3500 г			1	5,6	1	3,7
всього	15		18		27	

В структурі РНС по ваговій категорії за останні роки 1-е місце займають діти вагою 500–999,0 г (55,6%). Спостерігається зменшення летальності у ваговій категорії від 1500 до 1999 г у 6 разів (з 20% до 3,7%), що обумовлено впровадженням нових технологій надання допомоги вагітним при передчасному розриві плодових оболонок (проведення адекватної антибактеріальної терапії, профілактики РДС плоду), та впровадження використання сурфактантів у перші години життя, впровадження проведення неінвазивної вентиляції легенів, зменшення інвазивних маніпуляцій при інтенсивній терапії новонароджених.

Слід відмітити, що з 23 пологів, які закінчилися загибеллю новонароджених в ранньому неонатальному періоді, у 10 випадках, що склало майже 50%, спостерігалися ургентні показання до родорозрішення шляхом операції кесарського розтину. При цьому було неможливо вплинути на пролонгування вагітності та проведення профілактичних заходів, таких як профілактика РДС синдрому та інших, що позначилося на стані новонароджених в перші години життя. З 10 випадків родорозрішення оперативним шляхом тільки в одному випадку операція проводилася планово, у зв'язку з вродженою вадою, такою, як діафрагмальна кила. В інших випадках операції проводилися ургентно з діагнозами: маткова кровотеча та дистрес плоду, що вже до народження дитини мало негативний вплив на стан її здоров'я.

З 27 новонароджених, які померли до 7 діб, тільки 2 дитини (7,4%) були доношеними. Причиною загибелі цих дітей були вроджені вади розвитку, несумісні з життям.

Звертає на себе увагу, що з 27 новонароджених, які померли до 7 діб 15 (55,6%), були діти з ваговою категорією до 1000 г, серед них народилося 2 дитини з вагою меншою за 500 г. Причиною дострокового родорозрішення в цих випадках були ургентні показання з боку матері.

8 дітей (29,6%) народилося з вагою до 1500 г, шляхом ургентного кесарського розтину народилося 4 дітей, що склало 50%. У цих випадках родорозрішення проводилось по показанням з боку плода, що призводило до народження недоношеної дитини з важкими поліорганными ураженнями, які ускладнювали стан дитини при народженні.

Таким чином, з 27 випадків ранньої неонатальної смертності у 2012 р. 92,6% відбулися у недоношених дітей. З 2 доношених дітей 1 дитина померла від вроджених вад розвитку, несумісних із життям, в 1 випадку була вроджена вада серця – кардіоміопатія.

У структурі причин ранньої неонатальної смертності провідне місце займають внутрішньошлуночкові крововиливи (55,6,9%) та ВВР (25,9%). Внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) є наслідком гіпоксії плода, морфо-функціональної незрілості ЦНС, материнської інфекції (хоріоамніоніт).

Усі випадки смерті від ВШК спостерігались у ваговій категорії дітей до 1000 г,

Таблиця 13

Структура причин ранньої неонатальної смертності

Нозологічна форма	2010 рік		2012 рік		2013 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК)	6	37,5	7	38,9	15	55,6
Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ)	4	25,0	4	22,2	5	18,5
Респіраторний дистрес синдром (РДС)						
Асфіксія			2	11,1		
Множинні вроджені вади розвитку (МВВР)	5	31,2	5	27,8	7	25,9
Вроджені вади серця	1	6,3				

гестаційним віком до 32 тижнів (за літературними даними, серед недоношених дітей ГВ до 30 тижнів, ВШК трапляється в 50–77%

випадків, джерелом крововиливу у недоношених є капілярне ложе гермінального матріксу, частота залежить від гестаційного віку).

Таблиця 14

Пізня неонатальна смертність

Нозологічна форма	2010 рік		2011 рік		2012 рік	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК)	4	57,1	8	66,7	11	61,1
Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ)	3	42,3	3	25,0	4	22,2
Бронхо – легенева дисплазія (БЛД)					1	5,6
ГХН набрякова форма			1	8,3		
Множинні вроджені вади розвитку (МВВР)					2	11,1
Вроджені вади серця						

Серед причин пізньої неонатальної смертності переважають внутрішньошлуночкові крововиливи, внутрішньоутробні інфекції, неонатальний сепсис, множинні вроджені вади розвитку.

Висновки

Організація Перинатального центру м. Києва дозволила сконцентрувати вагітних з передчасними пологамі в терміні до 34 тижнів у високоспеціалізованому закладі та відповідно глибоконедоношених дітей у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, постінтенсивного догляду та виходжування недоношених, розпочати моніторинг стану здоров'я та розвитку дітей, народжених з дуже малою масою тіла в кабінеті консультативно-катамнестичного спостереження.

Перспективні напрямки підвищення якості перинатальної допомоги:

- Забезпечення кадрами лікарів-неонатологів та медичних сестер відділень неонатологічного профілю Перинатального центру.
- Співпраця лікарів акушерів – гінекологів та лікарів неонатологів з питань ведення вагітності та пологів з високим ризиком; профілактики, обстеження та лікування жінок з перинатальними інфекціями.
- Організація та забезпечення моніторингу стану здоров'я та розвитку дітей з дуже малою масою тіла при народженні в консультативно-катамнестичному кабінеті Перинатального центру з подальшим направленням немовлят у медичні заклади відповідно встановлених порушень розвитку або захворювань.
- З метою зменшення смертності від vro-

дженої інфекції (неонатальний сепсис, інфекція, викликана стрептококом групи В, цитомегаловірусна інфекція, герпетична інфекція, вроджений токсоплазмоз), необхідно проводити якісне спостереження та обстеження жінок з високим перинатальним ризиком на етапі антенатального догляду.

- Ведення передчасних пологів відповідно до сучасних стандартів.

- Підвищення питомої ваги кесарського розтину при передчасних пологах з урахуванням стану плода.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЁННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г.КИЕВА

Е.Е.Шунько, В.М.Тишкевич, Е.А.Костюк, Ю.Ю.Краснова, О.О.Ткачук**

**Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика
Перинатальный центр*
(г. Киев, Украина)**

Резюме. Анализ деятельности Перинатального центра засвидетельствовал целесообразность создания и дальнейшего совершенствования системы перинатальной помощи в соответствии с международными стандартами. Ведущей причиной неонатальной смертности является преждевременное рождение детей с очень низкой и экстремально малой массой тела.

Ключевые слова: Новорожденные, Перинатальный центр, недоношенные дети, интенсивная терапия, перинатальная помощь, регионализация.

- Своєчасна пренатальна діагностика вад розвитку плоду для вирішення питання щодо пролонгування вагітності та надання спеціалізованої допомоги дитині після народження.

- Безперервний професійний розвиток медичного персоналу шляхом проходження циклів тематичного удосконалення, навчальних семінарів-тренінгів, участі в науково-практичних конференціях, у т.ч., телемедичних.

- Розробка локальних протоколів медичної допомоги вагітним та новонародженим.

OPERATIONAL EXPERIENCE OF NICU OF PERINATAL CENTER KIEV

E.E.Shunko, V.M.Tishkevich, E.A.Kostyuk, Yu.Yu.Krasnova, O.O.Tkachuk **

**National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L.Shupyk
Perinatal Center*
(Kiev, Ukraine)**

Summary. The analysis of activity of the Perinatal center witnessed expediency of creation and further perfection of the system of perinatal care in accordance with international standards. Leading reason of neonatal death rate is premature birth of children with very low and extremely low body weight.

Keywords: Newborn, Perinatal center, premature born children, intensive care, perinatal assistance, regionalization.