

УДК 616-053.31:614.1:313.1

О.О. Дудіна¹, А.В. Терещенко², Р.О. Моїсеєнко²

Сучасні перинатальні технології — важлива складова поліпшення здоров'я дітей

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):24-29; doi10.15574/SP.2015.68.24

Мета — проаналізувати та оцінити вплив сучасних перинатальних технологій на рівень захворюваності дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано залежність захворюваності дітей від переорієнтації перинатальної служби на доказові медико-організаційні технології. Застосовано методи епідеміологічного аналізу, статистичний.

Результати. В Україні останніми роками розпочалася переорієнтація перинатальної служби на науково-обґрунтовану практику та доказовий менеджмент. Впровадження в діяльність сфери охорони здоров'я сучасних перинатальних технологій сприяло зменшенню перинатальної патології матерів та новонароджених і захворюваності дітей раннього і дошкільного віку при збереженні негативної тенденції захворюваності дітей віком 7–14 та 15–17 років.

Виявлено достатню силу впливу впровадження сучасних перинатальних технологій на зниження рівня захворюваності новонароджених, дітей першого року життя та віком 0–6 років на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, — ВШ з 95% ДІ 0,45 (0,45–0,46), 0,39 (0,39–0,39) та 0,45 (0,45–0,46) відповідно; дітей першого року життя на хвороби органів дихання — ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,79–0,82); крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму — ВШ з 95% ДІ 0,46 (0,46–0,47).

Висновки. Переорієнтація сфери охорони здоров'я на сучасні перинатальні технології сприяла позитивній тенденції перинатальної патології і захворюваності дітей раннього і дошкільного віку.

Ключові слова: перинатальна допомога, переорієнтація на науково-обґрунтовану практику та доказовий менеджмент, регіоналізація, захворюваність.

Вступ

В умовах низького рівня народжуваності особливого значення набуває якість здоров'я нових поколінь дитячого населення держави [1, 6, 7, 8, 10]. З хворих дітей не може вирости здоровий народ [2]. Цей постулат цілком логічно можна застосувати щодо раннього онтогенезу: із хворих новонароджених не можуть вирости здорові діти. Невипадково, у формулюваннях завдань та індикаторів Цілей Розвитку Тисячоліття простежується особливий пріоритет здоров'я і добробуту жінок, матерів і дітей [3]. Важливою детермінантою формування здоров'я дітей є здоров'я матерів і новонароджених, зокрема, стан здоров'я вагітних жінок, характер перебігу пологів, фізіологічна зрілість плода тощо [6, 9, 10].

За значущістю для становлення здоров'я дитячого організму і, отже, здоров'я нації перинатальний період унікальний і не порівнянний з жодним іншим віковим періодом. Він є стартовим, таким, що визначає потенціал здоров'я людини на все подальше життя, а перинатальна патологія стоїть у витоків більшості дитячих захворювань. Роль перинатальної складової важлива і в зниженні рівня здоров'я населення країни [11].

Наразі відомо, що навіть у країнах із низьким рівнем доходу новаторські підходи до організації перинатальної допомоги, зокрема, впровадження сучасних перинатальних технологій та регіоналізації перинатальної допомоги, яка передбачає використання високотехнологічного обладнання, послідовних організаційних і адміністративних заходів, які б сприяли забезпеченню доступності належної перинатальної допомоги з повним циклом надання медичної допомоги жінкам та дітям, починаючи з первинного рівня і закінчуючи високоспеціалізованою медичною допомогою усім категоріям пацієнтів відповідно до складності випадку, можуть поліпшити здоров'я нових народжуваних поколінь, значно знизити рівень перинатальної патології та її віддалених наслідків, зокрема, зменшити рівень захворюваності дітей та малюкової смертності [4, 5].

Тому забезпечення якості та безпеки перинатального догляду є пріоритетним завданням служби охорони здоров'я матері і дитини України на сучасному етапі. Вплину-

ти на поліпшення якості перинатальної допомоги реально лише при запровадженні всебітньо визнаних медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах.

Мета роботи — проаналізувати та оцінити вплив впровадження переорієнтації перинатальної допомоги на науково-обґрунтовану практику і доказовий менеджмент на рівень захворюваності новонароджених, дітей першого року життя, раннього і дошкільного віку.

Матеріали та методи дослідження

У роботі використано дані державної статистики про захворюваність дитячого населення України. Проаналізовано рівень захворюваності дітей у цілому по Україні в розрізі основних класів хвороб і вікових категорій за 2004–2014 рр. Проведено оцінку ефективності впровадження сучасних перинатальних технологій на стан здоров'я матерів, захворюваність новонароджених, дітей першого року життя, раннього і дошкільного віку, з розрахунками сили впливу за показниками відношення шансів (ВШ) за критерієм непотраплення в загальноприйнятну в біології і медицині смугу 0,83 (нижня межа) — 1,20 (верхня межа) з урахуванням 95 відсоткового довірчого інтервалу (ДІ). Це смуга, в межах якої результат не залежить достовірно від впливу. Для наочності розраховано стандартну похибку. Проведено розрахунки за абсолютними показниками в межах України, а не за інтенсивними (табл. 1, 2, 4).

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні переорієнтація діяльності закладів перинатальної допомоги на науково-обґрунтовану практику шляхом розробки і впровадження клінічних протоколів, лікувально-діагностичні технології яких ґрунтуються на даних надійних досліджень, розпочата з 2004 р. За цей період розроблено з дотриманням принципів доказової медицини, затверджено відповідними наказами МОЗ України та впроваджено в діяльність закладів охорони здоров'я матері і дитини понад 50 клінічних протоколів. Регіоналізація перинатальної допомоги в країні започаткована у 2011 р. Наразі сформовано нормативно-

Таблиця 1

Аналіз ефективності переорієнтації закладів перинатальної допомоги на засади доказової медицини

Найменування індикатора	2004 р.	2014 р.	ВШ з 95% ДІ	Стандартна похибка ВШ
Аборти (на 1000 жінок фертильного віку)	21,1	10,4	0,46 (0,45-0,46)	0,004
Анемія вагітних (на 100 жінок, які закінчили вагітність)	36,4	24,1	0,55 (0,55-0,56)	0,005
Прееклампсія, еклампсія вагітних (на 100 жінок, які закінчили вагітність)	3,4	2,0	0,58 (0,56-0,59)	0,014
Ускладнені пологи (на 100 пологів)	63,2	31,6	0,26 (0,26-0,27)	0,005
Частота народжених хворими і захворілих новонароджених (на 1000 народжених живими)	244,3	149,8	0,54 (0,54-0,55)	0,005
Частота народжених хворими і захворілих доношених новонароджених (на 1000 народжених живими доношених новонароджених)	220,4	119,4	0,48 (0,47-0,48)	0,006
Частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених (на 1000 недоношених новонароджених)	824,1	769,3	0,97 (0,95-1,0)	0,024
Захворюваність новонароджених (на 1000 народжених живими) на:				
- окремі стани перинатального періоду	293,1	158,1	0,45 (0,45-0,46)	0,005
- внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію в пологах	82,5	19,3	0,22 (0,22-0,23)	0,01
- синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани	13,9	11,4	0,82 (0,79-0,85)	0,02
- уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	22,6	23,05	1,01 (0,9-1,04)	0,014

правові засади регіоналізації перинатальної допомоги, розроблено національну систему її моніторингу і оцінки.

Станом на 01.01.2014 р. в усіх регіонах проведено реструктуризацію закладів перинатальної допомоги за первинним, вторинним і третинним рівнем перинатальної допомоги, у 21 регіоні створено заклади перинатальної допомоги III рівня, у тому числі в 11 регіонах за сприянням Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства створено, укомплектовано кваліфікованим медичним персоналом і високотехнологічним обладнанням перинатальні центри III рівня.

Впровадження у діяльність служби охорони здоров'я матері і дитини сучасних перинатальних технологій, що ґрунтуються на доказах, зокрема, регіоналізації перинатальної допомоги, родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, ведення партограми, демедикалізації пологів, активного ведення III періоду пологів, первинної реанімації та теплового захисту новонароджених, виключно грудного вигодовування тощо, сприяло позитивній динаміці перинатальної патології у вагітних, роділь і породіль та здоров'я новонароджених (табл. 1).

За даними проведеного аналізу виявлено достатню силу впливу впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю в діяльність закладів перинатальної допомоги на позитивну динаміку найбільш вагомих чинників життєздатності потомства на усіх етапах його розвитку: абортів – ВШ з 95% ДІ 0,46 (0,45–0,46), анемії вагітних, які є своєрідним «маркером» рівня життя і здоров'я жінки і плода, – ВШ з 95% ДІ 0,55 (0,55–0,56), прееклампсій і еклампсій вагітних – ВШ з 95% ДІ 0,58 (0,56–0,59), а також на частоту загально визнаного критерію якості надання перинатальної допомоги – ускладнені пологи – ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27).

За даними таблиці 1 не виявлено впливу впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю в діяльність закладів перинатальної допомоги на частоту народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених та на уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення: ВШ з 95% ДІ 0,97 (0,95–1,0) і 1,01 (0,9–1,04) відповідно, при цьому встановлено слабкий

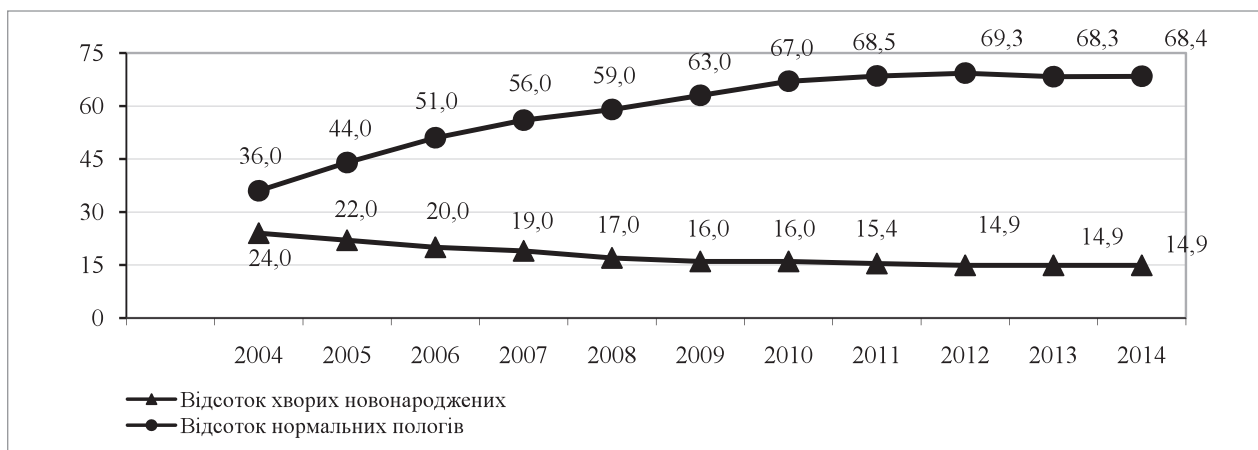


Рис. Частота нормальних пологів, а також хворих і захворілих новонароджених дітей в Україні за 2004–2014 рр.

Таблиця 2

Динаміка захворюваності серед дітей різних вікових груп в Україні за 2004–2013 рр. (на 1000 відповідного населення)

№ пор.	Рік спостереження	Вік дітей			
		до 1 року	0–6 років	7–14 років	15–17 років
1	2004	1890,4	1606,5	1122,3	864,2
2	2005	1827,8	1658,3	1158,4	911,4
3	2006	1786,1	1655,2	1151,2	940,4
4	2007	1730,1	1712,0	1198,1	1008,6
5	2008	1639,1	1664,8	1218,3	1028,3
6	2009	1604,8	1658,6	1291,4	1125,1
7	2010	1591,9	1681,3	1355,7	1209,0
8	2011	1560,6	1631,8	1348,9	1218,9
9	2012	1479,5	1565,7	1565,7	1188,2
10	2013	1450,7	1545,4	1305,8	1220,1
11	2014	1454,5	1410,9	1206,4	1151,1
	Темп приросту	-0,23	-0,12	0,07	0,33

вплив на синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани: ВШ з 95% ДІ 0,82 (0,79–0,85).

Ефективність впровадження регламентованих клінічних протоколів перинатальних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю, зокрема, збільшення частоти нормальних пологів, підтверджена поліпшенням здоров'я нових поколінь.

У цілому по Україні частота народжених хворими і захворілих новонароджених із масою тіла ≥ 500 г зменшилася з 24,0 на 100 народжених живими у 2004 р. до 14,9 у 2014 р., ВШ з 95% ДІ 0,55 (0,55–0,56) (рис.).

При цьому частота народжених хворими і захворілих недоношених новонароджених у 2004 р. була у 3,7 разу вищою, ніж доношених, а у 2014 р. – у 6,4 разу. Якщо частота народжених хворими і захворілих доношених новонароджених за цей період знизилася на 45,8% – ВШ з 95% ДІ 0,48 (0,47–0,48), то недоношених – лише на 6,6% – ВШ з 95% ДІ 0,97 (0,95–1,0). Надто повільні зрушення стану здоров'я недоношених новонароджених можуть бути зумовлені збільшенням частки недоношених дітей з надзвичайно і екстремально малою при народженні масою тіла і складністю їх виходжування.

Зменшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених за період дослідження відбулося переважно за рахунок зниження залежної від впровадження сучасних перинатальних технологій з доведеною ефективністю патології. Так, рівень захворюваності новонароджених на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, знизився у 1,9 разу – ВШ з 95% ДІ 0,45 (0,45–0,46), переважно за рахунок зниження рівня захворюваності на внутрішньоматкову гіпоксію і асфіксію в пологах (у 4,3 разу) – ВШ з 95% ДІ 0,22 (0,22–0,23), синдром дихальних розладів (у 1,2 разу) – ВШ з 95% ДІ 0,82 (0,79–0,85). Однак у цілому при позитивній динаміці утримувалася тенденція зростання рівня народження немовлят із соціально значущою патологією – уродженими аномаліями, деформаціями та хромосомними порушеннями – 22,6‰ у 2004 р. і 23,05‰ у 2014 р. – ВШ з 95% ДІ 1,01 (0,9–1,04), що може зумовлюватися збільшенням мутагенного навантаження на населення репродуктивного віку і потребує як оновлення екосистеми, так і впровадження організаційно-функціональної моделі системи просвіти населення, що базується на визначенні факторів ризику, впровадження системи забезпечення населення основами медико-генетичних знань щодо здорового способу життя для збереження здоров'я майбутніх поколінь.

Після народження частота хворих дітей збільшується. За даними ВООЗ, у формуванні стану здоров'я внесок соціальних чинників і способу життя становить близько 40 %, чинників забруднення довкілля – 30%, біологічних чинників – 20%, медичного забезпечення – 10%. Проте ці величини є усередненими, не враховують вікових особливостей дітей, формування патології в окремі періоди їх життя, поширеності чинників ризику. Роль тих або інших соціально-генетичних і медико-біологічних чинників у розвитку несприятливих змін у стані здоров'я залежить від статі і віку індивідуума.

Тому рівень і тенденції захворюваності в окремих вікових групах мають свої особливості. Так, загалом в Україні рівень захворюваності дітей першого року життя упро-

Таблиця 3

Динаміка захворюваності дітей першого року життя за деякими класами хвороб в Україні за 2004–2014 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Рік						Відношення 2014 р. до 2004 р. (%)
	2004	2009	2011	2012	2013	2014	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	46,5	38,7	35,4	35,4	34,7	32,8	70,5
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	132,0	102,2	75,4	75,4	70,5	71,2	53,9
Хвороби нервової системи	89,9	85,4	66,3	66,3	62,8	62,4	71,4
Хвороби ока та його додаткового апарату	54,3	57,9	54,0	54,0	52,2	51,8	95,4
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	36,8	31,5	27,3	27,3	26,5	27,0	73,4
Хвороби органів дихання	916,0	820,7	810,6	810,6	810,4	812,2	88,7
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	52,2	46,8	44,3	44,3	44,9	45,9	87,9
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	268,8	189,2	144,2	144,2	137,2	136,0	50,6

Таблиця 4

Динаміка захворюваності дітей віком 0–6 років включно за окремими класами зареєстрованих хвороб в Україні за 2004–2014 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Рік							Відношення 2014 р. до 2004 р., (%)
	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	73,7	69,4	62,5	73,6	68,8	67,9	56,0	75,9
Новоутворення	3,8	3,8	3,7	3,7	3,8	3,7	3,4	89,4
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	39,2	30,2	28,8	26,8	25,2	23,3	21,3	54,3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	21,3	16,7	15,4	13,5	12,5	11,3	10,4	48,8
Розлади психіки та поведінки	5,4	5,2	5,2	5,2	4,87	4,9	4,1	80,4
Хвороби нервової системи	19,8	20,5	19,1	18,8	18,3	17,5	16,5	83,3
Хвороби ока та його придаткового апарату	46,2	46,0	44,9	44,3	44,6	43,1	39,2	85,2
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	50,4	51,6	50,8	53,6	51,3	51,3	45,9	91,0
Хвороби системи кровообігу	5,1	5,7	5,5	5,5	5,2	5,2	4,5	88,2
Хвороби органів дихання	1079,7	1159,9	1204,3	1155,2	1099,5	1092,9	1004,5	93,0
Хвороби органів травлення	49,1	50,6	47,5	43,7	43,3	41,7	40,5	82,4
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	85,9	83,2	82,3	78,6	79,2	76,9	70,5	82,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	13,6	12,9	12,9	13,3	13,8	14,5	13,1	96,3
Хвороби сечостатевої системи	26,2	26,1	25,6	23,7	22,9	22,1	20,0	76,3
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	37,7	26,8	23,8	22,2	20,8	19,4	17,4	46,1
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	12,3	11,9	11,2	11,5	11,4	11,3	10,2	82,9
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	3,8	3,22	2,8	2,8	2,5	2,5	2,4	63,2

довж усіх років дослідження перевищив захворюваність дітей віком 7–14 та 15–17 років і мав різноспрямовану тенденцію стосовно захворюваності дітей 0–6 років – зменшення у 2004–2007 та 2014 рр., та підвищення у 2008–2013 рр. Захворюваність дітей 0–6 років життя упродовж усіх років була нижчою за таку серед дітей віком 7–14 та 15–17 років, а захворюваність дітей 7–14 років – нижчою за таку серед дітей віком 15–17 років (табл. 2).

У цілому за даними аналізу захворюваність дітей першого року життя і віком 0–6 років у динаміці за 2004–2014 рр. мала позитивну тенденцію: темп приросту становив відповідно -0,23 і -0,12, а захворюваність дітей віком 7–14 та 15–17 років – негативну з темпом приросту відповідно 0,07 та 0,33.

На першому році життя спостерігалася найбільша значущість впливу на стан здоров'я за рахунок біологічних чинників, а саме, перебігу вагітності, здоров'я батьків, фізіологічної зрілості плода та впровадження сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю. Захворюваність дітей першого року життя у 2004 р. становила 1890,4 на 1000 дітей відповідного віку з поступовим зниженням її до 1454,5 у 2014 р. Зниження рівня захворюваності цього контингенту дітей відбулося за рахунок зниження за основними класами хвороб (табл. 3).

Підтвердженням ефективності впливу впровадження переорієнтації перинатальної служби на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю, технології Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років є висока сила їх впли-

ву на зниження захворюваності дітей першого року життя на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, – 268,8 на 1000 дітей відповідного віку у 2004 р. проти 136,0 у 2014 р. – ВШ з 95% ДІ 0,39 (0,39–0,39), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму – 132,0 та 71,2 – ВШ з 95% ДІ 0,46 (0,46–0,47). Позитивний вплив сучасних перинатальних технологій середньої сили був характерним для зниження хвороб нервової системи – ВШ з 95% ДІ 0,62 (0,61–0,63), деяких інфекційних та паразитарних хвороб – ВШ з 95% ДІ 0,64 (0,63–0,66), а низької сили – хвороб ока та його придаткового апарату – ВШ з 95% ДІ 0,79 (0,78–0,80), хвороб органів дихання – ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,79–0,82). Все ще високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлювався високим рівнем хвороб органів дихання (812,2) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (136,0).

З віком роль біологічних чинників зменшується. У дітей раннього і дошкільного віку до біологічних, медико-організаційних чинників впливу на захворюваність приєднуються соціальні (дохід сім'ї, зайнятість батьків), поведінкові, фактори довкілля, у тому числі перебування в дошкільних закладах, екологічні.

За даними наукових досліджень, здоров'я однієї з найуразливіших соціально-демографічних груп суспільства – дітей дошкільного віку – є важливим інтегральним показником, що відбиває соціальну спрямованість процесів, які відбуваються в суспільстві. Тому наразі в Україні функціонує комплексна система профілактики, спрямована на зменшення ризику формування негативних змін

стану здоров'я дітей, впроваджується система корекції і підтримки їхнього здоров'я через систему первинної медико-санітарної допомоги, впроваджуються медико-організаційні технології з доведеною ефективністю. Відомо, що при досягненні малюкової смертності рівня 10‰ резерви подальшого зниження смертності дітей визначаються старшим віковим періодом. Саме тому актуальною проблемою є зменшення рівня захворюваності дітей після року, у тому числі перших шести років життя. За даними державної статистики, у 2004–2010 рр. захворюваність дітей 0–6 років незначно підвищилася з 1606,5 на 1000 дітей відповідного віку до 1681,3 відповідно з поступовим зниженням до 1410,5 у 2014 р. (табл. 4).

При в цілому позитивній динаміці захворюваності дітей цієї групи найбільш високі темпи зниження захворюваності були характерними для зниження окремих станів, що виникають у перинатальному періоді: 37,7 на 1000 відповідного населення у 2004 р. і 17,4 у 2014 р. — ВШ з 95% ДІ 0,45 (0,45–0,46), які більш залежали переважно від біологічних факторів і ефективності перинатальної допомоги. Послабленням напруженості екологічної ситуації, у тому числі зумовленої наслідками аварії на ЧАЕС та поліпшенням якості перинатальної допомоги і медичної допомоги дітям, вірогідно зумовлене зниження рівня ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин — ВШ з 95% ДІ 0,48 (0,48–0,49), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму — ВШ з 95% ДІ 0,53 (0,53–0,54).

Роль впливу на захворюваність дітей раннього і дошкільного віку соціальних, поведінкових, екологічних факторів, умов перебування в дошкільних закладах була підтверджена все ще високим — при незначному зниженні — рівнем захворюваності на хвороби органів дихання — 1079,7 на 1000 відповідного населення у 2004 р. і 1004,5 у 2014 р., хвороби шкіри та підшкірної клітковини — 85,9 і 70,5, ВШ з 95% ДІ 0,81 (0,8–0,81), деякі інфекційні

та паразитарні хвороби — 73,6 і 53,0, ВШ з 95% ДІ 0,75 (0,74–0,75), хвороби вуха та соскоподібного відростка — 50,4 і 45,9, ВШ з 95% ДІ 0,91 (0,9–0,91), хвороби ока та його придаткового апарату — 46,2 і 39,2, ВШ з 95% ДІ 0,91 (0,9–0,91), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників — 33,3 і 30,9, ВШ з 95% ДІ 0,93 (0,92–0,94).

Тенденції захворюваності дітей віком 7–14 та 15–17 років можуть бути зумовлені зменшенням впливу перинатальних чинників і збільшенням терміну дії несприятливих факторів навколишнього середовища, умовами перебування в школі.

Висновки

Впровадження сучасних перинатальних технологій з доведеною ефективністю в діяльність закладів служби охорони здоров'я матері і дитини сприяло позитивній динаміці окремих складових перинатальної патології — частоти абортів, анемії, прееклампсії і еклампсії вагітних, ускладнених пологів, частоти народжених хворими і захворілих новонароджених.

У цілому, за даними аналізу, рівень захворюваності дітей першого року життя і віком 0–6 років у динаміці за 2004–2014 рр. мав позитивну тенденцію: темп приросту становив відповідно -0,23 і -0,12, а серед дітей віком 7–14 та 15–17 років — негативну з темпом приросту відповідно 0,07 та 0,33.

Виявлено достатню силу впливу впровадження сучасних перинатальних технологій на зниження рівня захворюваності новонароджених, дітей першого року життя та віком 0–6 років на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, — ВШ з 95% ДІ 0,45 (0,45–0,46), 0,39 (0,39–0,39) та 0,45 (0,45–0,46) відповідно; дітей першого року життя на хвороби органів дихання — ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,79–0,82), крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму — ВШ з 95% ДІ 0,46 (0,46–0,47).

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабенко А.И. Медико-социальные аспекты здоровья детей раннего возраста и их семей / А.И. Бабенко, А.П. Денисов // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2007. — № 5. — С. 18–20.
2. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты / А.А. Баранов // Российские мед. вести. — 1999. — Т. 2. — С. 44–46.
3. Декларация тысячелетия организации объединенных наций, утверждена резолюцией 55/2 генеральной ассамблеи от 8 сентября 2000 года [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_6211. — Название с экрана.
4. Національні підходи до впровадження системи перинатальної допомоги в Україні / за ред. Р.О. Моїсеєнко; МОЗ України. — Київ, 2012. — 135 с.
5. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://whqlibdoc.who.int>. — Назва з екрана.
6. Шабунова А.А. Социально-корректируемые факторы, влияющие на здоровье детей раннего возраста [Электронный ресурс] / А.А. Шабунова, В.В. Степаненко. — Режим доступа : http://journal.vssc.ac.ru/php/jou/41/art41_09.php. — Название с экрана.
7. Шунько Є.Є. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / Є.Є. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. — 2011. — Т. 1, № 1. — С. 4–15.
8. Ainsworth M. The impact of adult deaths on the nutritional status of children [Electronic resource] / M. Ainsworth, I. Semali // In: Coping with AIDS: the economic impact of adult mortality on the African household / Washington : DC, World Bank, 1998. — Access mode : <http://elibrary.worldbank.org//2266.pdf>. — Title from screen.
9. Sheth S.S. Reduction in mortality needs a bit more than the science of perinatology / S.S. Sheth // Journal of Perinatal Medicine. — 2005. — Vol. 31, Issue 5. — P. 373–375.
10. Strong M.A. The effects of adult mortality on infant and child mortality. Unpublished paper presented at the Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their Families, and Society [Electronic resource] / M.A. Strong. — Washington : DC, 19–20 October 1998. — Access mode : http://www.nap.edu/openbook.php?record_id. — Title from screen.
11. <http://www.detskydoctor.ru/doc/materialy-i-dokumenty-po-gv/perinatálnaya-psihologiya-ploda-i-novorozhdennogo>.

Современные перинатальные технологии — важная составляющая улучшения здоровья детей

Е.А. Дудина¹, А.В. Терещенко², Р.А. Моисеенко²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», Киев, Украина

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель — проанализировать и оценить влияние современных перинатальных технологий на уровень заболеваемости детей.

Материалы и методы. Осуществлен анализ зависимости заболеваемости детей от переориентации перинатальной службы на доказательные медико-организационные технологии. Использованы методы эпидемиологического анализа, статистический.

Результаты. В Украине на протяжении последних лет началась переориентация перинатальной службы на научно-обоснованную практику и доказательный менеджмент.

Внедрение в деятельность сферы здравоохранения современных перинатальных технологий способствовало уменьшению перинатальной патологии матерей и новорожденных и заболеваемости детей раннего и дошкольного возраста при сохранении негативной тенденции заболеваемости детей в возрасте 7–14 и 15–17 лет.

Выявлена достаточная сила влияния внедрения современных перинатальных технологий на снижение заболеваемости новорожденных, детей первого года жизни и в возрасте 0–6 лет отдельными состояниями, которые возникают в перинатальном периоде, — ОШ с 95% ДИ 0,45 (0,45–0,46), 0,39 (0,39–0,39) и 0,45 (0,45–0,46) соответственно; детей первого года жизни болезнями органов дыхания — ОШ с 95% ДИ 0,8 (0,79–0,82), крови и кроветворных органов и отдельных нарушений с привлечением иммунного механизма — ОШ с 95% ДИ 0,46 (0,46–0,47).

Выводы. Переориентация сферы здравоохранения на современные перинатальные технологии способствовала позитивной тенденции перинатальной патологии и заболеваемости детей раннего и дошкольного возраста.

Ключевые слова: перинатальная помощь, переориентация на научно обоснованную практику и доказательный менеджмент, регионализация, заболеваемость.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):24-29; doi10.15574/SP.2015.68.24

Modern perinatal technologies — an important component of improving the health of children

O.O. Dudina¹, A.V. Tereschenko², R.O. Moiseyenko²

¹SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Purpose — analysis and evaluation of the impact of modern technology on the level of perinatal-morbidity for children.

Materials and methods. The analysis of the incidence of children depending on the technology upgrade perinatal services. Applying the method of epidemiological analysis, statistical, graphical images.

Results. In the recent years in Ukraine perinatal services has been re-oriented into evidence-based practice and evidence-based management.

The introduction of the modern perinatal technologies to the health care sphere allowed reducing of maternal and neonatal perinatal pathologies and also infants and pre-school age children morbidity, at the time of maintaining of the negative tendency of the incidence of disease in children in the age of 7–14 and 15–17 years.

It is marked the sufficient influence power of the introduction of modern perinatal technologies on reduction of neonatal newborns morbidity, infants and children in the age from 0 till 6 years by certain conditions which are arising in the perinatal period, — OR 95% CI 0.45 (0,45–0,46), 0.39 (0,39–0,39) and 0.45 (0,45–0,46), respectively; infants of the first year of life with respiratory diseases — VSH s, 95% CI 0.8 (0,79–0,82), of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism — OR 95% CI: 0.46 (0.46–0.47).

Conclusions. The reorientation of the health care sphere into the modern perinatal technologies resulted in the positive tendency of perinatal pathology and morbidity in infants and pre-school age children.

Key words: perinatal care, shift towards evidence-based practice and evidence-based management, regionalization, morbidity.

Сведения об авторах:

Дудина Елена Александровна — к.мед.н., ст.н.сотр. отделения охраны здоровья матери и ребенка

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины». Адрес: г. Киев, Волго-Донской пер., 3; тел. (044) 576-41-16.

Терещенко Алена Васильевна — МЗ Украины.

Моисеенко Раиса Александровна — д.мед.н., зав. каф. детской неврологии и медико-социальной реабилитации НМАПО

им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. +38 (044) 412-10-68; e-mail: v-moiseenko@ukr.net.

Статья поступила в редакцию 28.04.2015 г.