

*Т.К. Знаменська, Л.І. Нікуліна,  
Н.Г. Руденко\*, О.В. Воробйова*

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства  
і гінекології НАМН України»,  
ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»  
(м.Київ, Україна)

**Резюме.** Сучасним лікувальним закладом, що об'єднує всі етапи надання висококваліфікованої допомоги матерям і новонародженим, є Перинатальний центр. Створення системи регіональних перинатальних центрів є всесвітньо визнаним шляхом зниження перинатальних втрат, частоти формування хронічної захворюваності та інвалідності в Україні. У статті розглянуто та проаналізовано досвід роботи перинатальних центрів за 2014 – 2016 роки, основні проблеми та пропозиції щодо підвищення ефективності надання медичної допомоги новонародженим в перинатальних центрах в Україні.

**Ключові слова:** перинатальна допомога; перинатальний центр; вагітні жінки; новонароджений; передчасно народжені діти.

В Україні з 2010 року створена та продовжує розвиватися єдина трьохетапна система надання медичної допомоги доношеним і передчасно народженим новонародженим з перинатальною патологією, до складу якої входять спеціалізовані акушерські стаціонари з відділеннями інтенсивної терапії новонароджених, виїзні реанімаційні бригади, відділення інтенсивної терапії та патології новонароджених, кабінети катамнезу, відділення постінтенсивного догляду та лікування дітей з перинатальною патологією, відділення хірургічної допомоги новонародженим та інші відділення. У ролі сучасного лікувального закладу, що об'єднує всі етапи надання висококваліфікованої допомоги матерям і новонародженим, виступає Перинатальний центр (ПП) [5,12,15].

Створення перинатальних центрів в Україні відбувається в рамках реформування перинатальної допомоги (РПД), яка здійснюється на виконання Указу Президента від 12.03.2010 року щодо впровадження програми економічних реформ на 2010-2014 роки, яким передбачена модернізація системи третинної (високоспеціалізованої) медичної у тому числі перинатальної допомоги, та створення перинатальних центрів другого рівня перинатальної допомоги [3,9,10].

У відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 року № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», РПД повинна розглядатися як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому, а її метою є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їх новонародженим дітям, підвищення рівня доступності та якості пологової допомоги, її безпечності та економічного використання ресурсів [1,8,9,14].

Нині вже створена нормативно-правова база регіоналізації перинатальної допомоги (РПД), шляхи практичної реалізації трьохрівневої системи перинатальної допомоги та інструменти мо-

ніторингу і оцінки (МіО) її повноти та ефективності. У ході впровадження РПД, за підтримки міжнародних організацій, розроблена та впроваджена система алгоритму ведення жінок та новонароджених з перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах з питань перинатального догляду та виходжування новонароджених з дуже малою і надзвичайно малою масою тіла при народженні [2,10,12,18].

Неодмінною умовою забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги є наступне організаційне забезпечення:

- створення в кожному регіоні організаційної структури трирівневої системи надання перинатальної допомоги за рахунок розподілу акушерських стаціонарів на рівні перинатальної допомоги,

- приведення організаційної структури трьохрівневої системи надання перинатальної допомоги у відповідність із територіальною потребою з урахуванням географічної доступності, кадрових і матеріально-технічних можливостей закладів перинатальної допомоги, наявного на території числа вагітних жінок з різним ступенем ризику перинатальної патології та смертності;

- розробка територіальних схем руху (маршрутів) вагітних, породіль, роділь і новонароджених з ризиком материнської та перинатальної смертності в заклади перинатальної допомоги відповідного рівня [3,10,14].

На сьогодні в Україні діє 11 високоспеціалізованих перинатальних центрів III рівня, оснащених за європейськими стандартами, які надають допомогу найскладнішому контингенту вагітних, роділь, породіль та їх новонародженим. Ще одне їх завдання – виходжувати дітей з низькою та екстремально низькою масою тіла (саме ця категорія здебільшого «формує» високий показник малюкової смертності в нашій державі) [15,16,17].

Ключовою проблемою зменшення перинатальних втрат є створення можливостей для виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні, адже саме з ними пов'язана приблизно половина всіх випадків перинатальних втрат. Крім

того, діти, що народилися з дуже малою масою тіла, складають групу ризику щодо розвитку захворювань, що формують показники інвалідності [11,13,15].

Виходжування – це комплекс заходів щодо створення оптимальних умов лікування та догляду для новонароджених, що забезпечують зниження ризику розвитку ускладнень і смерті дитини. У цей комплекс входять як організаційні, так і терапевтичні рішення [2,4].

За останні роки за даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» частота передчасних пологів в Україні коливається у межах 5,3% в 2012 році та 5,8% - у 2016 році та немає тенденцію до зниження. Розподіл народжених живими за масою тіла при народженні при терміні вагітності з 22 тижнів у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України з 2012 по 2016 роки представлено на малюнку 1 в абсолютних числах та в таблиці 1 у відсотках.

За 2012 - 2016 роки у структурному розподілу немовлят, народжених живими за масою тіла при народженні сталися наступні зміни: збільшилась питома вага немовлят, народжених з низькою (менше 1500 г) і проміжною (1500 - 2499 г) вагою, зменшилась питома вага немовлят з нормальною (2500 г і більше) вагою тіла при народженні.

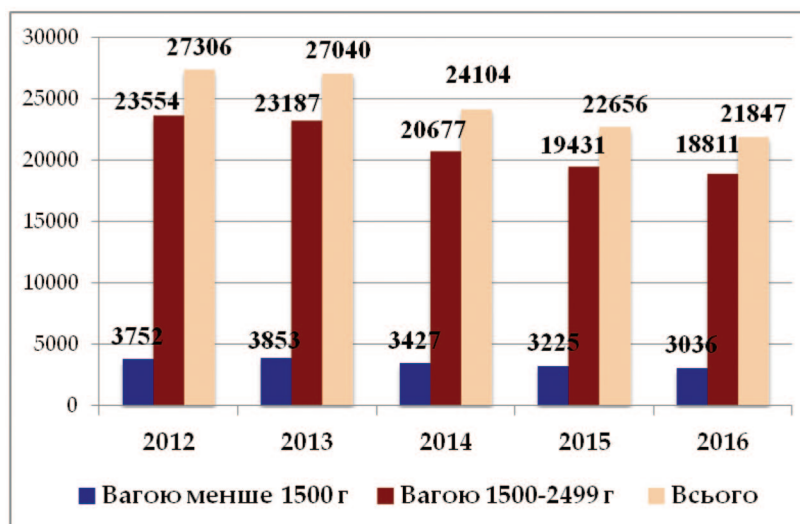
В Україні розроблено систему комплексного етапного спостереження вагітних з екстрагенітальною патологією за принципами європейської перинатальної медицини. Стало можливим забезпечення нормального перебігу вагітності та пологів без ускладнень у жінок з екстрагенітальними захворюваннями (серцево-судинними, цукровим діабетом, тяжкими хворобами печінки, нирок), які

є найчастішими причинами материнської смертності. Для досягнення позитивних результатів потрібно, щоб ці пацієнтки перебували під наглядом фахівців з першого дня вагітності і протягом всієї вагітності. Більше того, їм потрібно проводити прегравідарну підготовку. Впровадження розробок з профілактики невиношування вагітності в Україні підвищило ефективність такої підготовки.

Світовий досвід свідчить, що близько 17-20% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем в умовах ЗПД III рівня. В Україні цей показник у 2016 році становив 18,9% із суттєвою різницею в розрізі регіонів – від 0,0% у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях, 0,8% у Миколаївській, 7,8% у Черкаській до 46,8% у Чернівецькій, 37,6% у Харківській, 35,1% у Сумській областях. При цьому, корелятивний зв'язок між частотою показників ускладнених пологів і розроджень вагітних у ЗПД III рівня відсутній.

Отримані дані свідчать про недостатньо налагоджене функціонування регіональної перинатальної допомоги стосовно розподілу розроджень узалежності від оснащення ЗПД різних рівнів медичним устаткуванням.

Концентрація вагітних з високим ризиком передчасних пологів на III рівень перинатальної допомоги дозволяє забезпечити надання їх новонародженим адекватної допомоги. Діти з екстремально низькою масою тіла при народженні, які народилися у перинатальних центрах III рівня, особливо з великим об'ємом таких пологів, у наступному демонструють кращі короткострокові результати, ніж малюки, які транспортувалися у такі центри після народження [12,13].



**Рис 1. Розподіл народжених живими за масою тіла при народженні при терміні вагітності з 22 тижнів у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, за 2012 - 2016 рр., в абс.ч.**

згідно переліку показань до направлення вагітних у заклади перинатальної допомоги (ЗПД) III рівня відносяться передчасні пологи в терміні 22 - 24 тижнів вагітності, масою тіла при народженні до 1500 г, а до ЗПД II рівня – передчасні пологи в терміні 35 - 36 тижнів. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла,

що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63% у Данії та Польщі до 80% в Бельгії, Німеччині, Італії та інших країнах, а за даними мета аналізу досліджень регіоналізації перинатальної допомоги дітям з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано  $\geq 90\%$  новонароджених з масою тіла при народженні  $\leq 1500$  г [2,6,7,11].

Що ж відбувається в Україні? Так, у 2014 - 2016

роках в ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження від 59,0% до 64,5% новонароджених масою тіла при народженні 500 - 999 г та від 52,4% до 53,9% масою тіла 1000 - 1499 г. При цьому в умовах ЗПД I рівня, що не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня медичних працівників, народжується 10,1% немовлят з надзвичайно малою масою тіла при народженні (500 - 999 г) і 16,8% з масою тіла 1000 - 1499 г.

У відповідності до маршрутів пацієнтів вагітні з передчасними пологами в терміні 35-36 тижнів підлягають розродженню у ЗПД II рівня. За даними МіО у 2014 - 2016 роках у ЗПД II рівня було народжено 42,8 - 37,8 % немовлят з масою тіла при народженні 1500 - 2499 г, а у ЗПД III рівня - 33,0- 33,3%. Таким чином 75,8 - 71,1% новонароджених з малою, 1500 -2499 г, масою тіла при народженні були забезпечені спеціалізованою і високоспеціалізованою перинатальною допомогою, а 24,3% - 28,9% – лише базовою перинатальною допомогою в умовах ЗПД I рівня.

Важливим компонентом регіоналізації перинатальної допомоги є виявлення вродженої і спадкової патології плода, оскільки їх елімінація в I і II триместрах вагітності сприяє зниженню малюкової і перинатальної смертності, а виявлення вад розвитку, що підлягають хірургічній корекції, вимагає цілеспрямованого вибору акушерського стаціонару для розродження вагітної жінки. Доведено, що вроджені вади новонароджених, поряд з багатьма іншими причинами і детермінантами вроджених розладів, надалі негативно впливають на здоров'я дітей, що вижили в неонатальному періоді [7,13,18].

Своєчасна і якісна пренатальна діагностика вроджених вад у плода дозволяє сконцентрувати таких вагітних у ЗПД III рівня і при необхідності здійснити ранню постнатальну, у тому числі, і хірургічну корекцію тих чи інших аномалій, а також, ранню реабілітацію враховуючи високий ризик дитячої інвалідності. Всього у 2014 – 2016 роках в ЗПД III рівня народилось відповідно 35,1 - 33,5% новонароджених з вродженими вадами розвитку з різницею цього показника від 9,4% у Черкаській, 20,4% у Кіровоградській, до 67,2% у Полтавській, 62,9% у Харківській областях і в цілому роботу стосовно забезпечення доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим контингентам новонароджених можна оцінити позитивно.

Складовою регіональної системи перинатальної допомоги в Україні, яка наприкінці XIX сторіччя віднесена до стандарту перинального догляду, є транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої. За даними МіО РПД, транспортування вагітних жінок і новонароджених здійснюється спеціально обладнаними бригадами в усіх пілотних регіонах.

Визнано, що частота переведень залежить як від кількості малопотужних ЗПД, так і від наявності та виконання маршрутів пацієнтів. Всього у 2014 році у ЗПД III рівня і інші заклади третинної медичної допомоги було переведено 7,0 тис. вагітних (роділь, породіль), що становило 1,7% від загальної кількості пацієнток, у 2015 році - 6,1 тис. (1,6%) , а у 2016 році -7,8 тисю (2,2%).

Підвищення якості та доступності перинатальної допомоги неможливо без раціонального вико-

ристання існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; створення умов для виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприяє зменшенню материнської, перинатальної і малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

Наразі в економічно розвинених країнах зниження перинатальної й малюкової смертності відбувається, у першу чергу, за рахунок підвищення якості медичної допомоги дітям з дуже малою масою тіла. За даними ВООЗ у економічно розвинених країнах виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500 - 999 г складає 30,0%, а новонароджених з масою тіла при народженні 1000 - 1499 г – 70,0% [4,12,13]. Виживання дітей з дуже малою масою тіла при народженні в США, Японії і більшості країн Західної Європи досягло 80 і 95% відповідно [7,11,15].

За даними МіО РПД в цілому в Україні виживання у перші 168 годин життя новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у 2014, 2015 і 2016 роках мало тенденцію до збільшення і становило відповідно: у новонароджених з масою тіла при народженні 500 - 999 г - 64,2%, 63,0% і 66,7%, а з масою тіла 1000 - 1499 г - 90,1%, 91,3% і 92,5%.

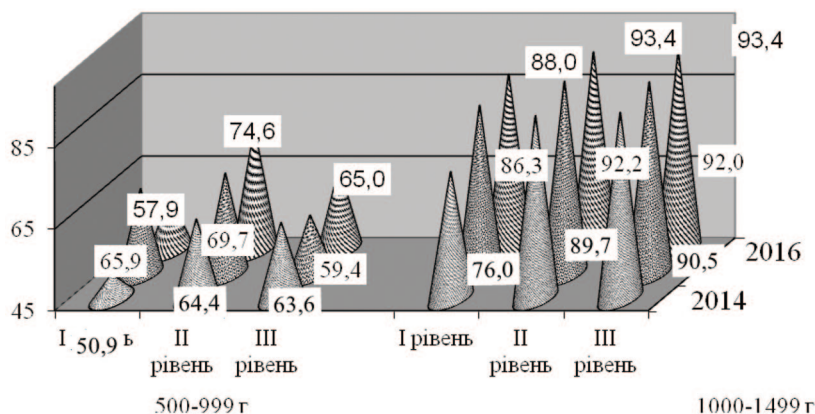
Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги. Найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий – у ЗПД III рівня, що підтверджено даними моніторингу [6,18].

Упродовж усіх років моніторингу виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500 - 999 г було найвищим у ЗПД II рівня.

Виживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000 - 1499 г у 2014 році становило відповідно 76,0% у ЗПД I рівня, 89,7% у ЗПД II рівня і 90,5% і у ЗПД III рівня, у 2015 році – 86,3%, 92,2%, 92,0%, а у 2016 – 88,0%, 93,4% і 93,4% (рис.2).

Потенційні проблеми з інтерпретацією отриманих результатів виживання новонароджених у ЗПД I, II і III рівнів, вірогідно, можуть бути спричинені некоректністю даних реєстрації живонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД I і II рівнів та недостатньою оснащеністю ЗПД III рівня лікувально-діагностичною апаратурою. Останнє підтверджується тим, що якщо в цілому у 2016 році у ЗПД III рівня виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500 - 999 г становило 65,0%, то у перинатальних центрах III рівня, створених за сприянням Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» і достатньо оснащених високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою - 70,1%, а з масою тіла 1000 - 1499г - 93,4% і 95,5% відповідно.

Ефективність регіоналізації перинатальної допомоги вивчалася і за даними материнських перинатальних і неонатальних втрат, які є основними критеріями якості та рівня організації роботи перинатальних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я і водночас інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку. За даними закладів охорони здоров'я, що перебувають



**Рис 2. Залежність виживання новонароджених у перші 168 годин життя від маси тіла при народженні та рівнів ЗПД 2014-2016 рр., %**

у сфері управління МОЗ України, за 12 місяців 2016 року померло 77 жінок, смерть яких пов'язана з вагітністю, в той час як у 2015 році – 73 жінки.

При ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги основна частка материнських втрат повинна концентруватися у закладах охорони здоров'я третинного рівня. У ціло-

му, рівень материнської смертності за даними МіО РПД становив 12,6 на 100 тис. народжених живими у 2014 році і 12,8 у 2015 році і 13,0 у 2016 році.

Одними з основних показників, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна і неонатальна смертність (табл. 2).

**Таблиця 1**

**Розподіл народжених живими за масою тіла при народженні при терміні вагітності з 22 тижнів у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, за 2012-2016 рр., у %.**

Вага тіла при народженні	2012	2013	2014	2015	2016
- менше 1500 г	0,73	0,78	0,77	0,66	0,65
-1500-2499 г	4,58	4,67	4,65	4,82	4,91
- 2500 г і більше	94,69	94,56	94,59	94,52	94,42

**Таблиця 2**

**Динаміка перинатальної та неонатальної смертності (на 1000 народжених живими і мертвими) за даними МіО РПД з 2014 по 2016 роки**

Показник	Перинатальна смертність (на 1000 народжених живими і мертвими)			Неонатальна смертність (на 1000 народжених живими)		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Україна	8,6	8,5	8,2	3,4	3,1	3,1

Аналіз показника перинатальної смертності дає можливість визначити проблеми у наданні медичної допомоги жінкам до запліднення, під час вагітності та пологів. Перинатальна смертність, як правило, обумовлена її високим рівнем серед народжених з низькою та дуже низькою масою тіла при народженні та залежить переважно від стану здоров'я жінок до запліднення. Для зниження цього показника необхідна розробка заходів щодо покращення медичного обслуговування, пренатальної діагностики, профілактики, раннього виявлення та своєчасного лікування екстрагенітальної патології у дівчаток до 17 років і жінок фертильного віку.

Рівень антенатальної та інтранатальної смертності дітей з масою тіла при народженні більше

1500 г залежить від рівня надання медичної допомоги вагітним, роділлям та плодам. Для цього необхідно розробляти заходи щодо покращення медичного обслуговування вагітних у жіночих консультаціях та акушерських стаціонарах під час пологів.

Рівень пропорційного показника постнатальної смертності новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500 г залежить, в основному, від якості надання медичної допомоги в неонатологічних стаціонарах.

За даними МіО РПД рівень перинатальних втрат у ЗПД має тенденцію до зниження і утримується на рівні 8,6 (2014 рік), 8,5 (2015 рік) та 8,2 (2016 рік) з коливанням цього показника у 2016 році від 5,2 - 6,5 у



м. Києві, Житомирській, Миколаївській і Хмельницькій областях до 10,2 - 11,7 у Дніпропетровській, Кіровоградській і Херсонській областях.

Рівень перинатальної смертності зростає із збільшенням рівня ЗПД. Така залежність була характерною для діяльності ЗПД у 2014 – 2015 роках. Проте у 2016 році коефіцієнт перинатальної смертності найнижчим (6,0) у ЗПД II рівня при 6,5 у ЗПД I рівня при 6,5 у ЗПД I рівня і 16,7 у ЗПД III рівня.

Рівень неонатальної смертності за даними моніторингу становив в цілому по ЗПД 3,4 на 1000 народжених живими у 2014 році і 3,1 у 2015 - 2016 роках. В цілому показник неонатальної смертності у 2016 році становив 1,9 у ЗПД I рівня, 2,0 у ЗПД II рівня і 8,0 у ЗПД III рівня.

Об'єктивним критерієм забезпечення маршрутів пацієнток з високим перинатальним ризиком є концентрація госпіталізації пацієнток з ризиком перинатальної патології у ЗПД III-го рівня, що зумовлює велику частку плодово-малюкових втрат у цих закладах. Очікується, що при ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги у регіоні, частка перинатальних і неонатальних втрат у ЗПД III-го рівня із їх загальної кількості в регіоні обслуговування повинна наблизитися до 60–70%.

У 2014 - 2016 роках частка перинатальних втрат у ЗПД III рівня в цілому в Україні становить 40,8 - 39,4 - 39,0%. У той час, як аналіз розподілу неонатальних втрат у ЗПД різних рівнів засвідчив, що цих втрат у ЗПД III рівня в цілому в Україні у 2014 - 2016 роках становило 49,3 - 50,7 - 49,6%.

Таким чином, розбудова перинатальних центрів в Україні дала перші вагомі результати. Відбулася регіоналізація перинатальної допомоги з визначенням маршруту вагітних, роділь, породіль і новонароджених, запроваджено стратегії перинатального ризику, з'явилась можливість широкого впровадження технологій безпечного материнства, забезпечення умов партнерських пологів, залучення вагітних до прийняття усіх медичних рішень стосовно здоров'я їх та їхніх дітей. Істотно збільшилася частка фізіологічних пологів, поступово знижуються показники перинатальної смертності та захворюваності.

Запорукою високої якості надання медичної допомоги дітям в перинатальних центрах є дотримання нормативного стандарту і чіткого покрокового виконання клінічних протоколів, розроблених на основі доказової бази та інноваційних технологій безпеки надання медичних послуг, а також постійна підтримка стандартів міждисциплінарних комунікацій, професійного рівня всіх учасників, у тому числі, медичний супровід вагітної та новонародженого.

Ефективність роботи перинатальних центрів залежить від багатьох чинників, передусім, достатнього обсягу фінансування (кошти потрібно вкладати в інтенсивну терапію новонароджених, технічне обслуговування високоартісного обладнання, нові технології сучасного медикаментозного забезпечення), а також від їх укомплектованості висококваліфікованими кадрами. Крім того, багато спеціалістів не

мають сертифікату з неонатології.

У нашій державі дотепер перинатологію не визнано окремою спеціальністю, хоча у світі існує фах лікаря-перинатолога. Такий спеціаліст опікується акушерськими та неонатальними проблемами (здоров'я вагітної, роділля, породілля та новонародженої дитини до 26 днів життя). Без перинатальної медицини неможливо зменшити показники материнської та малюкової смертності. У тих країнах, де ця галузь розвинена, вони є значно нижчими.

У рамках роботи в напрямку організації сучасної перинатальної служби слід продовжувати розвивати систему медицини плода, яка передбачає моніторинг стану його внутрішньоутробного розвитку, профілактику вроджених аномалій, їх своєчасну діагностику та визначення шляхів медичної допомоги в кожному конкретному випадку. Аби поліпшити діяльність цієї служби, необхідно удосконалити перинатальні скринінгові програми, стандартизувати діагностичні індекси вродженої патології плода за міжнародними критеріями тощо.

Водночас деякі важливі питання перинатальної медицини залишаються невирішеними. В Україні мало перинатальних центрів вторинного рівня — їх наполовину менше, ніж подібних закладів третинного рівня (хоча має бути навпаки). Такі установи створено на базі колишніх пологових будинків у тих обласних центрах, де не було фінансової можливості сформувати центри III рівня. Нині вони виконують роль своєрідних «фільтрів»: спостерігають вагітних і в разі потреби спрямовують їх на третинний рівень.

На сьогодні держава неспроможна повноцінно фінансувати створення перинатальних центрів вторинного рівня. Можливість повноцінно надавати медичну допомогу підтримується завдяки спонсорській допомозі, а також, участі у міжнародних проектах.

Незважаючи на економічну ситуацію в Україні, необхідно продовжувати подальшу розбудову перинатальної служби. Необхідно створити центри третинного рівня в усіх без винятку областях, наповнити їх новим, сучасним обладнанням та забезпечити у цих закладах високий рівень медикаментозної допомоги.

Не менш важливим є дофінансування заходів із перинатальної допомоги на місцевому рівні та розширення повноважень первинної ланки у сфері безпечного материнства

Важлива проблема на місцях – кадри. Сьогодні виник дефіцит таких висококваліфікованих спеціалістів як акушери-гінекологи, неонатологи, дитячі анестезіологи та інші, середнього медичного персоналу тощо. Держава повинна заохочувати лікарів належною оплатою та умовами праці, завдяки яким вони зможуть ефективно виконувати свої функції. Водночас потрібно дбати про якість кадрів, зокрема вдосконалювати знання медпрацівників з питань невідкладних станів в акушерстві та гінекології, неонатології, створити мережу тренінгових центрів у системі безперервної післядипломної освіти, у тому числі, для середнього медичного персоналу.

## Література

1. Братанюк ЛЄ. Основи права і законодавства в охороні здоров'я: підручник. 2-е вид. Київ: Медицина; 2010. 544 с.
2. Пан Ги Мун. Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей [Інтернет]. Нью-Йорк; 2010 [цитовано 2017 Трав 30]. Доступно: <http://www.un.org/gu/sg/strategy/>
3. Державна Програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849 [Інтернет]. Київ; 2010 [цитовано 2017 Трав 30]; 6 с. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF>
4. Дети: сокращение смертности. Информационный бюллетень № 178 [Інтернет]. Женева: ВОЗ; 2012 [цитовано 2017 Трав 30]. Доступно: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ru/>
5. Дудіна ОО, Терещенко АВ. Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охороні здоров'я матерів і дітей. Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. Київ, 2013. с. 37–51.
6. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [Інтернет]. Європейське регіональне бюро Всемирной организации здравоохранения; 2007 [цитовано 2017 Трав 30]. Доступно: [http://www.experts.in.ua/fabrika/med/materiali\\_f/detail.php?ID=18922](http://www.experts.in.ua/fabrika/med/materiali_f/detail.php?ID=18922)
7. Мировая статистика здравоохранения 2012 год. Женева: ВОЗ; 2013. 180 с.
8. Моїсеєнко РО, редактор. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. Київ: МОЗ України; 2012. 111 с.
9. Моїсеєнко РО, редактор. Нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я за 2011 рік. Інформаційно-аналітичні матеріали [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2012 [цитовано 2017 Трав 30]; 96 с. Доступно: [http://moz.gov.ua/docfiles/br\\_npa\\_2011.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/br_npa_2011.pdf)
10. Дудіна ОО, Волошина УВ. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. Економіка і право охорони здоров'я. 2015;1:64–9.
11. Blondel B, Papiernik E, Delmas D, Künzel W, Weber T, Maier RF, et al. Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. BJOG. 2009 Sep;116(10):1364–72. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02239.x
12. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь: материалы учебного семинара. Женева: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2002.
13. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Інтернет] [цитовано 2017 Трав 30]. Доступно: <http://whqlibdoc.who.int>
14. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849 [Інтернет]. Київ; 2010 [цитовано 2017 Трав 30]; 1 с. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF>
15. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. JAMA. 2010 Sep 1;304(9):992-1000. doi: 10.1001/jama.2010.1226.
16. Слабкий ГО, Дудіна ОО, Габорець ЮЮ. Регіоналізація перинатальної допомоги – важливий чинник забезпечення національної безпеки країни. Україна. Здоров'я нації. 2016;4:196-203.
17. Слабкий ГО, Дзюба ОМ, Дудіна ОО, Габорець ЮЮ. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016;2:12-9. doi: 10.11603/1681-2786.2016.2.6735
18. Дудіна ОО, Терещенко АВ, Моїсеєнко РО. Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров'я дітей. Современная педиатрия. 2015;4:24–9.

---

---

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ  
ЦЕНТРОВ В ВЫХАЖИВАНИИ  
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ  
В УКРАИНЕ**

*Т.К.Знаменская, Л.И.Никулина,  
Н.Г.Руденко\*, О.В.Воробёва*

**ГУ «Институт педиатрии,  
акушерства и гинекологии  
НАМН Украины»,  
ГУ «Центра медицинской статистики  
МЗ Украины»\*  
(г. Киев, Украина)**

**Резюме.** Современным лечебным учреждением, объединяющим все этапы оказания высококвалифицированной помощи матерям и новорожденным, выступает Перинатальный центр. Создание системы региональных перинатальных центров является всемирно признанным путем снижения перинатальных потерь, частоты формирования хронической заболеваемости и инвалидности в Украине. В статье рассмотрены и проанализированы опыт работы перинатальных центров с 2014 - 2016 годы, основные проблемы и предложения по повышению эффективности оказания медицинской помощи новорожденным в перинатальных центрах в Украине.

**Ключевые слова:** перинатальная помощь; перинатальный центр; беременные женщины; новорожденный; преждевременно рожденные дети.

**Контактна інформація:**

**Знаменська Тетяна Костянтинівна** – д.мед.н., професор, заступник директора з перинатальної медицини ГУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", завідувач відділу неонатології ГУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України", головний позаштатний неонатолог МОЗ України, Президент Всеукраїнської Громадської організації "Асоціація неонатологів України" (м.Київ, Україна)

**Контактна адреса:**

вул.Рибальська, буд.11, кв. 44,  
м.Київ, 01011, Україна.

**Контактний телефон:**

+38(067) 4038120.

**e-mail:** tkznamenska@gmail.com

**Контактная информация:**

**Знаменская Татьяна Константиновна** - д.мед.н., профессор, заместитель директора по перинатальной медицине ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины", заведующий отделом неонатологии ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины", главный внештатный неонатолог МЗ Украины, Президент Всеукраинской общественной организации "Ассоциация неонатологов Украины" (г. Киев, Украина)

**Контактный адрес:**

ул.Рибальська, д.11, кв. 44,  
г. Киев, 01011, Украина.

**Контактный телефон:**

+38 (067) 4038120.

**e-mail:** tkznamenska@gmail.com

---

---

**WORK ANALYSIS  
OF PERINATAL CENTERS  
IN PRETERM INFANTS NURSING  
IN UKRAINE**

*T. K. Znamenskaya, L. I. Nikulina,  
N. G. Rudenko\*, O. V. Vorobyova*

**State Institution «Institute of Pediatrics,  
Obstetrics and Gynecology of the National  
Academy of Medical Sciences of Ukraine»,  
State Institution «Medical Statistics Center of the  
Ministry of Health of Ukraine»\*  
(Kiev, Ukraine)**

**Summary.** The Perinatal Center is a modern medical institution which unites all stages in performing high quality care for mothers and newborns. The development of a system of regional perinatal centers is recognized worldwide in reducing perinatal losses, frequency of chronic diseases and disability formation in Ukraine. The article reviews and analyzes the experience of perinatal centers in the period from 2014 to 2016, the main challenges and proposals in increasing the effectiveness of rendering medical care to newborns in perinatal centers in Ukraine.

**Key words:** perinatal care, perinatal center; pregnant women; newborn; premature newborn.

**Contact Information:**

**Znamenska Tetiana** - DM, Professor, Deputy Director for Perinatal Medicine SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine" National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Head of the Department of Neonatology SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine" National Academy of Medical Sciences of Ukraine, main non-autistic neonatologist of the Ministry of Health of Ukraine, President of the All-Ukrainian Public Organization "Association of Neonatologists of Ukraine" (Kiev, Ukraine)

**Contact address:**

Ribalskaya st., 11, sq. 44, Kiev, 01011, Ukraine.

**Phone:** +38 (067) 4038120.

**E-mail:** tkznamenska@gmail.com