

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ**

**ОДЕСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**

КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА РЕГІОНАЛІСТИКИ

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ В УКРАЇНІ:
ІСТОРІЯ ДЕРЖАВОТВОРЕННЯ,
ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

[Електронний ресурс]

*Матеріали XII наукової Інтернет-конференції
за міжнародною участю для аспірантів та докторантів*

28 травня 2021 року

**Одеса
2021**

УДК 351(477)

П 88

Рекомендовано до друку Науково-експертною радою
Одеського регіонального інституту державного управління
НАДУ при Президентіві України.
Протокол № 3 від 18 травня 2021 року

П 88 **Публічне** управління в Україні: історія державотворення, виклики та
перспективи [Електронний ресурс] : матеріали XII наук. інтернет-
конф. за міжнар. участю для аспірантів та докторантів, 28 трав. 2021 р.
– Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. – 300 с.

Матеріали публікуються в авторській редакції

© ОРІДУ НАДУ
при Президентіві України, 2021.

Гриценко Андрій Анатолійович,

кандидат медичних наук, магістр публічного управління та адміністрування,

асистент кафедри акушерства та гінекології

Одеського національного медичного університету

ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СЛУЖБИ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

В Україні створена нормативно-правова база регіоналізації перинатальної допомоги (РПД), шляхи практичної реалізації трьохрівневої системи перинатальної допомоги та інструменти моніторингу і оцінки (МіО) її повноти та ефективності.

У ході впровадження РПД, за підтримки міжнародних організацій, розроблена та впроваджена система алгоритму ведення жінок та ново-народжених 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.

В Одеській області з 2010 року створена та продовжує розвиватися єдина трьох етапна 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 кагамнезу, 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 Одеський обласний Перинатальний центр (ПЦ).

ПЦ надає допомогу найскладнішому контингенту вагітних, роділь, породіль та їх новонародженим, його завданням є виходжувати дітей з низькою та екстремально низькою масою тіла (саме ця категорія здебільшого «формує» високий показник малюко-вої смертності в нашій державі).

За 12 місяців 2019 року в області народилося живими 25195 дітей проти 26417 у минулому році, що на 1222 малюка менше. В 2019 році народилося 27417

дітей, що на 249 менше, ніж у 2018 році. В області спостерігається стійкий негативний тренд народжуваності [1].

Статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» закладів охорони здоров'я у 2020 році в Одеській області мають 11,5% закладів (табл.).

Таблиця

Заклади охорони здоров'я сертифіковані на статус
«Лікарня, доброзичлива до дитини» у 2020 році [1]

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЗОЗ, в яких надається допомога матерям і дітям	Кількість закладів ОЗ, які мають статус ЛДД	%	Кількість новонароджених у всіх родопомічних закладах регіону	Кількість новонароджених у родопомічних закладах регіону, які мають статус ЛДД	%
Україна	1260	397	31,5	340294	276622	76,8
Одеська область	84	10	10,9	25195	17507	69,4

В Одеській області зберігається регіональна диспропорція частки дітей, які народились в родопомічних закладах, сертифікованих на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини». При середньому показнику по Україні 76,8%, в Одеській області цей показник складає 69,4%, що значно нижче за передбачений індикаторами Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» - 90% [2].

В Одеському регіоні все ще залишається значною частка доношених новонароджених дітей в структурі смертності. За місцем смерті: ОПЦ – 40 новонароджених (26%), ОДКБ – 22 дитини (14%), РО ЦРБ – 31 (20%). РД міста – 43 (28%), ДГБ ім.Резніка -13 (8%), вдома -3 дитини (2,2%), інші місця – 3 дитини. Аналізуючи розподіл померлих новонароджених за місцем смерті, слід відзначити, що 49% дітей померло у ЗПД III рівня (у 2018 році – 52%, у 2017 році – 57%). Причинами смерті дітей, вмерлих вдома, були: синдром внезапной смерті, асфіксія, енцефаліт, енцефалоцеле. У 2017 році структура смертності була приблизно схожою: механічн асфіксія, ОРВІ, МВІП [2].

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

Світовий досвід свідчить, що близько 17-20% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем в умовах ЗПД III рівня. Концентрація вагітних з високим ризиком передчасних пологів на III рівні перинатальної допомоги дозволяє забезпечити надання 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.

Аналізуючи структуру захворюваності і летальності, а також роботу служби медичної допомоги матері та дитини в Одеській області в цілому на протязі останніх років, слід відмітити фактори, які сприяють збереженню негативних тенденцій:

- відсутність перинатального консилиуму у пологових закладах міста і області, особливо у випадках ускладнення пологів;

- недотримання регіоналізації надання допомоги породіллям: розродження не на відповідному рівні допомоги не дає змогу для новонародженого отримати допомогу в достатній мірі, викликає необхідність транспортувати новонароджених в тяжких станах в заклади наступного рівня допомоги, що значно погіршує прогнози для них, особливо у випадках ЕНМТ і ОНМТ при народженні;

- невідповідність матеріального оснащення пологових будинків табелям оснащення, а саме дихальної апаратури для вентиляції новонароджених дітей;

- недостатнє знання ІВЛ неонатологами області;

- недостатні практичні навички інкубації, катетеризації периферійних судин;

- відсутність в ряді районів області неонатологів, залучення в пологові будинки дільничних педіатрів, що не мають уявлення про інтенсивну терапію і практичні навички в ній;

- незацікавленість адміністрацій пологових відділень і власне лікарів в оволодінні практичними навичками і новими технологіями надання допомоги і виходжування;

- недотримання протоколів надання допомоги породіллям, особливо при первинній реанімації в пологовому залі;

- відсутність в більшості пологових закладів локальних протоколів по основним нозоформам.

Незважаючи на економічну ситуацію в Україні, необхідно продовжувати подальшу розбудову служби матері і дитини області. Необхідно покращувати медичну допомогу на всіх рівнях в усіх без винятку районах області, наповнити пологові заклади новим, сучасним обладнанням та забезпечити у цих закладах високий рівень медичної і медикаментозної допомоги.

Список використаних джерел

1. Ковальова О. М. Стан забезпечення відділень інтенсивної терапії новонароджених акушерських стаціонарів та дитячих лікарень України апаратами штучної вентиляції легень / Ковальова О. М. // Львівський медичний часопис. - 2010. - Т. XVI, № 1. - С. 50–54.

2. Знаменська Т. К. Аналіз роботи перинатальних центрів у виходжуванні передчасно народжених дітей в Україні/ Т.К. Знаменська, Л.І. Нікуліна, Н.Г. Рудепко, О. В. Воробйова // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - Т.VII, № 2(24). - 2021. - С.11-14.