

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім.П.Л.ШУПИКА

МАТВІЄНКО ІРИНА МИКОЛАЇВНА

УДК 614.2:616-082-053.31:001.8

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
ШЛЯХІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ
НЕОНАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ - 2010

Дисертація є рукописом

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», директор

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Авраменко Олександр Іванович**, кафедра радіології НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор

доктор медичних наук, доцент **Шатило Віктор Йосипович**, Житомирський інститут медсестринства, ректор

Захист відбудеться «__» _____ 2010 р., о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, аудиторія №46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розіслано «__» _____ 2010 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
кандидат медичних наук, доцент

В.І.Бугро

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність роботи. За даними ВООЗ щорічно в світі народжується біля 130 мільйонів дітей, з них біля 4 мільйонів помирає в віці до 28 діб життя, причому біля 3 мільйонів смертей відбуваються в перший тиждень життя. Саме тому на саміті тисячоріччя 189 країн-членів ООН підписали документ з переліком 8 цілей, яких необхідно досягти до 2015 року, і однією з цих цілей є зменшення смертності дітей на 2/3. При цьому на думку експертів ВООЗ однією з найскладніших перепон в організації надання допомоги новонародженим дітям є хибна думка фахівців та організаторів охорони здоров'я, що тільки впровадження дороговартісних та високотехнічних технологій може призвести до зниження захворюваності та смертності новонароджених дітей. Водночас вони вважають, що впровадження безпечних доказових технологій, формування стратегії їх втілення та навчання персоналу можуть вірогідно знизити рівень неонатальної смертності в межах 35-55% (Gary L Darmstadt et al, Lancet, 2005).

Поглиблення в останнє десятиріччя депопуляційних процесів в Україні, зниження народжуваності, загострення проблеми перинатальної патології вагітних визначають репродуктивне здоров'я як основу здоров'я нації (Жилка Н.Я., 2007; Лук'янова О.М., 2006; Моїсеєнко Р.О., 2002, 2006).

Вітчизняні дослідники (Москаленко В.Ф. з співавторами) звертали увагу на зростання в попередні роки (1990-2000 рр.) на 26,2% захворюваності серед недоношених новонароджених дітей і на 10,5% серед доношених новонароджених дітей. За їх даними на 1 хворого новонародженого припадало 1,3 захворювання. В динаміці показник частоти хворих новонароджених в Україні поступово знижується з 279,4‰ в 2001 р. до 171,5‰ в 2008 р. (Жилка Н.Я. 2006, Педан В.Б. 2007, Шунько Є.Є. 2006, МОЗ України 2002-2009). Але попри позитивної динаміки цього показника, неонатальна та малюкова смертність в Україні в порівнянні з показниками економічно розвинутих країн залишаються високими: показник неонатальної смертності в країнах Євросоюзу знизився з 3,76‰ у 2000 р. до 3,02‰ у 2007 р., у той час як в Україні він залишається за цей період практично без змін - 6,65‰ у 2000 р. і 6,63‰ у 2007 р.; така сама ситуація спостерігається з показниками малюкової смертності: в країнах Євросоюзу він знизився з 5,91‰ у 2000 р. до 4,56‰ у 2007 р., а в Україні за цей період він залишається високим: 11,9‰ у 2000 р. і 11,0‰ у 2007 р. (ЮНІСЕФ, 2009).

Обмеженість якісних рандомізованих досліджень та розроблених з дотриманням принципів доказової медицини клінічних протоколів з надання допомоги новонародженим, і як наслідок, низький рівень знань медичних працівників з ефективних неонатальних технологій з доведеною ефективністю та безпечністю виявляються одними з причин відсутності позитивної динаміки в якості надання допомоги новонародженим дітям (Дудіна О.О., 2006, 2007; Гойда Н.Г. 2007), недостатня «увага» приділяється впровадженню в клінічну практику безпечних, ефективних сучасних технологій забезпечення своєчасної якісної допомоги новонародженим дітям, які базуються на принципах ВООЗ.

Актуальність дослідження посилюється необхідністю виконання державних актів, зокрема заходів щодо здійснення активної демографічної політики,

спрямованої на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, визначених в Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. (2006), в «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» (2002) та «Концепції безпечного материнства» (2002), які передбачають удосконалення організації діяльності акушерської та неонатальної служби.

Наведені дані вказують на актуальність проблеми та необхідність проведення комплексних наукових досліджень скерованих на вирішення проблеми з удосконалення організації неонатологічної допомоги, стали основою у визначенні мети та завдань даного наукового дослідження з обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі надання неонатологічної допомоги новонародженим дітям на рівні акушерського відділення, а також визначило мету та завдання цього дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідницької роботи “Удосконалення медичної допомоги населенню з особливими потребами промислового регіону” Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, номер державної реєстрації 0103U007883. Дослідження здійснювалось у відповідності до Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001-2005», Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1849.

Мета дослідження: науково обґрунтувати та розробити якісно нову функціонально-організаційну модель надання неонатологічної допомоги новонародженим дітям, яка базується на сучасних доведених медико-організаційних технологіях.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Проведення системного аналізу досвіду економічно розвинутих держав та країн СНД з питань організації неонатологічної допомоги в пологових відділеннях та стану даного питання в Україні;
2. Проведення системного аналізу організації неонатологічної допомоги в акушерських відділеннях;
3. Виявлення ставлення медичних працівників, жінок і членів їх родин до організації та надання неонатологічної допомоги;
4. Визначення готовності лікарів-педіатрів первинної ланки та сімейних лікарів до надання допомоги новонародженим дітям згідно сучасних медико-організаційних технологій;
5. Визначення та адаптація медико-організаційних технологій надання допомоги новонародженим дітям з доведеною ефективністю та безпечністю;
6. Наукове обґрунтування та розробку якісно нової функціонально-організаційної моделі надання неонатологічної допомоги на рівні акушерського відділення;
7. Проведення натурального експерименту з використанням запропонованої моделі надання неонатологічної допомоги в акушерських відділеннях, визначення її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Об'єкт дослідження: традиційна та оптимізована система неонатологічної допомоги.

Предмет дослідження: організація надання медичної допомоги новонародженим дітям в акушерських відділеннях.

Наукові бази дослідження: акушерські відділення Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання (ДОКТМО) м. Донецька та центральної міської клінічної лікарні (ЦМКЛ) №3 м. Донецька.

Методи дослідження:

- *системного аналізу* - для проведення кількісного та якісного аналізу проблем неонатологічної допомоги в акушерських відділеннях;
- *бібліосемантичний* - для вивчення проблем надання неонатологічної допомоги в акушерських відділеннях;
- *соціологічний* - для дослідження ставлення медичних працівників, породіль та членів їх родин до надання неонатологічної допомоги;
- *статистичний* - для аналізу основних показників діяльності неонатологічної служби та оцінки розробленої та впровадженої моделі;
- *концептуального моделювання* - для розробки якісно нової функціонально-організаційної моделі надання неонатологічної допомоги в акушерському відділенні;
- *натурного експерименту* для апробації запропонованої моделі;
- *експертних оцінок* для оцінки відповідності запропонованої моделі сучасним медико-організаційним технологіям.

Наукова новизна полягає в тому, що вперше в Україні:

1. Проведене комплексне системне дослідження стану здоров'я новонароджених дітей з урахуванням захворюваності, смертності новонароджених дітей, організації та якості надання допомоги здоровим та хворим новонародженим дітям;
2. Адаптовано до системи охорони здоров'я України сучасні медико-організаційні технології надання неонатологічної допомоги новонародженим дітям з високим рівнем доказовості та безпечності, а також обґрунтовано і розроблено окремі елементи технології їх запровадження;
3. Виявлено особливості ставлення медичних працівників, жінок та членів родин до надання неонатологічної допомоги в акушерських відділеннях в сучасних умовах розвитку охорони здоров'я;
4. Запропоновано методологічний інструмент впровадження та моніторингу за тепловим захистом новонароджених дітей;
5. Обґрунтовано оптимізацію організації неонатологічної допомоги на засадах доказового менеджменту, стандартів діагностичного і лікувального процесів та оцінено її медичну, соціальну та економічну ефективність.

Теоретичне значення дослідження полягає у суттєвому доповненні соціальної медицини в частині удосконалення організації неонатологічної допомоги на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я та медичної науки.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати впроваджені в практику охорони здоров'я Донецької, Рівненської, Житомирської, Луганської, Закарпатської областей (підтверджено актами впровадження).

Результати дослідження використано:

1. На галузевому рівні при розробці наказів МОЗ України:
 - від 04.04.2005 р. №152 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»;
 - від 27.04.2006 р. №255 «Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям «Жовтяниця новонароджених»;
 - від 29.08.2006 р. №584 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні»;
 - від 08.06.2007 р. №312 «Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та після реанімаційної допомоги новонародженим»;
 - від 21.08.2008 р. №484 «Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами».
 2. При розробці:
 - а) методичних рекомендацій:
 - Термальна защита новорожденных / Жилка Н.Я., Слабкий Г.А., Подоляка В.Л., Дорохова Е.Т., Свиридова В.В., Матвиенко И.Н., Петренко Т.Г., Левенец Н.Г., Петренко И.Г. – К., 2004. - 33 с.;
 - б) галузевих нововведень, підтриманих МОЗ та затверджених проблемною комісією МОЗ та АМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:
 - Структурно-функціональна перебудова пологового будинку // Жилка Н.Я., Слабкий Г.О., Петренко Т.Г., Матвієнко І.М. / Реєстр галузевих нововведень. К., 2006. – Випуск реєстра 24-25;
 - Методика термального захисту новонароджених // Жилка Н.Я., Слабкий Г.О., Волошина У. В., Матвієнко І. М, Валієв О.А. / Реєстр галузевих нововведень. К., 2007. – Випуск реєстра 26-27.
 3. На регіональному рівні при підготовці навчально-методичного посібника для студентів медичних факультетів:
 - Современные подходы к ведению физиологических родов в условиях акушерской помощи, ориентированной на семью / А.В.Чурилов, Ю.Г. Друпп, Т.К. Иркина [и др.]. – Донецк, 2005. – 50 с. (затверджено рішенням Вченої ради Донецького державного медичного університету. Протокол №3 від 28.04.2005 р.).
- Особистий внесок** здобувача в проведенні наукового дослідження: самостійно визначена мета і розроблена програма дослідження, обрано методи для вирішення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання первинної документації, розроблено карти експертної оцінки та анкети соціологічних досліджень, проведено статистичне опрацювання матеріалу, узагальнено отриманні результати, розроблено якісно нову функціонально-організаційну модель надання неонатологічної допомоги на регіональному рівні, здійснено оцінку запропонованих і впроваджених результатів дослідження, прийнято участь у розробці 5 національних клінічних протоколів з надання допомоги новонародженим дітям, які затверджені відповідними наказами МОЗ України, здійснено методичне керівництво проведенням натурального експерименту в експериментальних закладах охорони здоров'я, сформовано висновки та практичні рекомендації.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження та основні положення дисертації доповідались:

На міжнародному рівні:

– XI Конгрес світової федерації Українських лікарських товариств. Полтава-Київ-Чикаго, 2006.

На національному рівні:

– На з'їздах: II з'їзд лікарів загальної (сімейної) практики України. Харків, 25-26 жовтня 2005 р.; VIII ювілейний з'їзд ВУЛТ. Івано-Франківськ, 21-22 квітня 2005 р.;

– На конгресах: V конгресі неонатологів України, м. Київ, 11-12 березня 2009 р.;

– На науково-практичних конференціях: «Здорова мати – здорова дитина», Донецьк, 6 листопада 2002 р.; «Харчова алергія у дітей: профілактика та лікувальне харчування». Київ, 16-17 березня 2003 р.; «Проблеми охорони здоров'я України», Київ, 30 січня 2003 р.; «Медичні проблеми промислового регіону», Київ, 29 червня 2003 р.; «Медицина сьогодні і завтра», Київ, 10 березня 2003 р.; «Актуальні проблеми реформування охорони здоров'я», Донецьк, 25 грудня 2003 р.; «Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я», Київ, 20 січня 2003 р.; «Медичні проблеми великого міста», Київ, 4 вересня 2003 р.; «Актуальні проблеми організації медичної допомоги новонародженим», Київ, 16-17 жовтня 2003 р.; «Здорове харчування, дизбіози та їх аліментарна профілактика із застосуванням продуктів нового покоління з пребіотиками», Київ, 26-27 березня 2003 р.; «Актуальні питання охорони здоров'я Донбасу». Донецьк, 22 вересня 2004 р.; «Охорона здоров'я великого промислового регіону: організаційні підходи до удосконалення», Донецьк, 25 березня 2004 р.; «Актуальні проблеми неонатології: науковий симпозіум», Судак, 14-15 вересня 2006 р.; «Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки – крок до реформування галузі.», Київ-Ужгород, 2006; «Фізіологія і патологія новонароджених», Київ, 15-16 березня 2007 р.; «Дихальна підтримка новонароджених та інші актуальні питання неонатології», Львів, 1-2 жовтня 2009 р.; «Безопасное материнство: союз врачей УЗД, неонатологов, акушер-гинекологов, реаниматологов и урологов», Коблево, 30-31 травня 2009 р. «Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні», Київ, 15-16 жовтня 2009.

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення у 7 статтях наукових видань, затверджених ВАК України (в одноосібному авторстві – 2), 1 навчальному посібнику, 1 методичних рекомендаціях та 25 інших наукових працях.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 152 сторінках власного тексту. Робота складається із вступу, огляду наукової літератури, 5 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків та практичних рекомендацій; ілюстрована 29 таблицями, 36 рисунками, має 23 додатки. Список літератури містить 224 наукових джерела, у тому числі 109 – іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження. Досягнення мети дослідження потребувало наявності спеціальної програми, розробленої з використанням системного підходу (рис. 1), яка передбачала його виконання у шість етапів із застосуванням адекватних методів, що забезпечило отримання достатньо повної інформації для оцінки об'єкту дослідження.

Перший етап присвячувався аналізу світового та вітчизняного досвіду з питань медичної допомоги новонародженим дітям, проведеного з використанням бібліосемантичного методу. Отримані результати дозволили визначити напрямок, об'єкт і предмет дослідження. Другий етап включав вибір формування мети та завдань дослідження, обґрунтування його методів та обсягу.

Метою третього етапу стало проведення системного аналізу організації неонатологічної допомоги в досліджуваних лікувально-профілактичних закладах. За спеціально розробленими анкетною і формою вивчалось ставлення 719 породіль до медичної допомоги, яка надається новонародженій дитині в акушерському стаціонарі, та проводився аналіз 743 історій розвитку новонароджених (форма 097/о) щодо обсягів медичних втручань новонародженим дітям в пологовій залі. Узагальнення схеми перебування-руху здорової та хворої новонародженої дитини в акушерському відділенні проводилось за спеціально запропонованою формою спостереження за технологіями та навичками медичного персоналу в наданні допомоги новонародженій дитині практиками, а також за даними аналізу журналів обліку новонароджених (ф. 102/о) та запису пологів в стаціонарі (ф. 010/о). На цьому ж етапі дослідження аналізувались стан здоров'я новонароджених дітей та надання їм медичної допомоги. Кількісна характеристика та перелік медичних препаратів, які використовувались під час лікування у новонародженої дитини в ВІТН вивчались на підставі аналізу 120 карт розвитку новонароджених.

На четвертому етапі за спеціально розробленими анкетами вивчалось ставлення 815 породіль, 87 членів їх родин та медичних працівників (19 лікарів-неонатологів та середнього медичного персоналу (27 дитячих сестер відділення новонароджених та 27 дитячих сестер дільничних) до існуючої системи неонатологічної допомоги та шляхів її оптимізації. Для обробки анкет було використано пакет ліцензійних програм «Соціологія», який є комп'ютерною програмою аналізу первинної соціологічної інформації.

На п'ятому етапі за спеціально розробленою формою вивчався стан теплового захисту новонароджених дітей шляхом моніторингу температури тіла 2 965 новонароджених. Температура тіла новонародженим дітям вимірювалась до початку натурного експерименту та після навчання персоналу і впровадження практичних рекомендацій. Також під час виконання цього етапу за спеціально розробленими анкетами вивчався рівень знань медичних працівників (89 лікарів

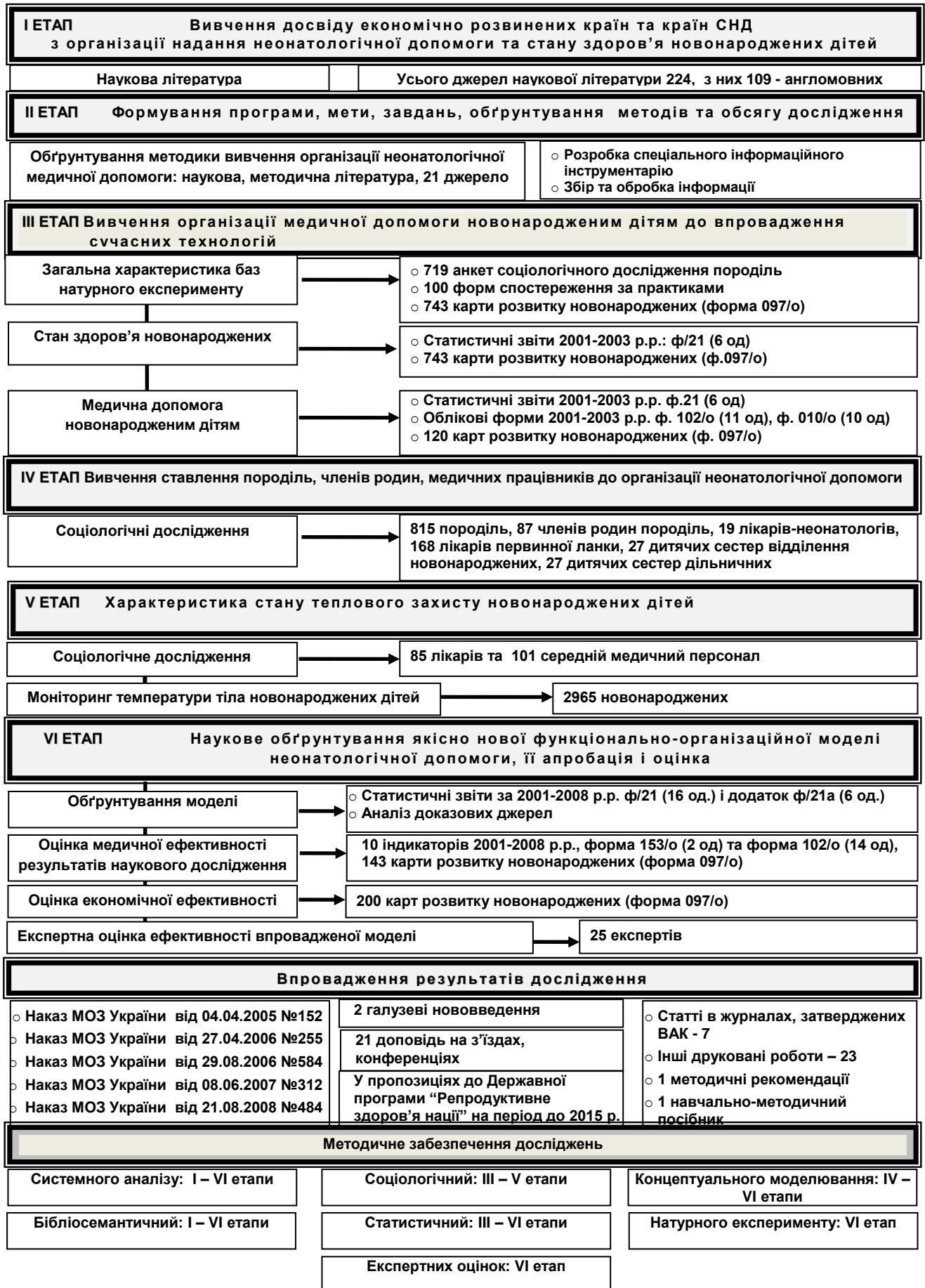


Рис. 1. Програма, обсяг, матеріали та методи наукового дослідження

та 101 особа середнього медичного персоналу) з теплового захисту новонароджених та можливих шляхів вирішення проблем Отримані результати на шостому, заключному етапі були покладені в основу наукового обґрунтування якісно нової організаційно-функціональної моделі неонатологічної допомоги, її апробації шляхом проведення натурного експерименту, впровадження і визначення ефективності. В основу розробки моделі покладені критерії діяльності неонатологічної допомоги, що запропоновані ВООЗ: безпечність, доступність, ефективно використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів.

Експертна оцінка запропонованої та впровадженої моделі була проведена 25 експертами. В якості експертів виступали 7 організаторів охорони здоров'я, 10 лікарів-неонатологів, 8 працівників кафедр Донецького національного медичного університету ім. М. Горького (4 співробітника кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та історії медицини; 2 співробітника кафедри неонатології; 2 співробітника кафедри акушерства та гінекології). Для проведення експертної оцінки була розроблена спеціальна анкета.

При математичній обробці отриманих даних використані функції комп'ютерної програми Statistica 6.0 (Statsoft Inc.), Epi Info. Використовувались коефіцієнти Стьюдента, Фішера, Пірсона для оцінки вірогідності отриманих даних та ефективності наукових розробок.

Результати дослідження. Встановлено, що діюча функціонально-організаційна система перебування-руху новонароджених дітей в акушерських стаціонарах на етапі пологової зали обмежувалась лише рутинними втручаннями і не передбачала організації чіткого моніторингу за станом дитини і температурою її тіла, початку раннього грудного вигодовування та цілодобового спільного перебування матері і дитини в післяпологовому періоді, використання домашнього одягу для дитини. Результати соціологічного дослідження серед породіль засвідчили, що в $99,30 \pm 0,31\%$ випадків не здійснювався контакт шкіра до шкіри, $99,58 \pm 0,24\%$ дітей не знаходились поряд з матір'ю, в $99,58 \pm 0,24\%$ дитину приносили на годування згідно графіка без дотримання умов годування дитини на вимогу, в $99,86 \pm 0,14\%$ випадків не дозволялось використовувати домашній одяг для дитини, а могли вільно відвідувати дитину в палаті для новонароджених могли лише $0,42 \pm 0,24\%$ породіль.

Лише $15,02 \pm 1,33\%$ матерів могли відвідувати свою дитину в відділенні інтенсивної терапії новонароджених, $80,95 \pm 1,46\%$ породіль при запиті отримували інформацію про стан здоров'я дитини, а інформовану згоду на медичні втручання дитині давали тільки $9,87 \pm 1,11\%$ матерів.

При цьому в $32,53 \pm 2,57\%$ випадків в ДОКТМО і у $29,44 \pm 2,25\%$ випадків в ЦМКЛ №3 м. Донецька новонароджені діти скеровувались в ВІТН. 100% недоношених новонароджених в обох закладах скеровувались в ВІТН незалежно від стану їх здоров'я. Переважну кількість серед новонароджених, переведених до ВІТН в ЦМКЛ №3 м. Донецька становили недоношені новонароджені, в той час як по ДОКТМО - доношені новонароджені. Встановлено, що $83,0 \pm 5,2\%$ дітей в ДОКТМО і $63,3 \pm 6,2\%$ дітей в ЦМКЛ №3 м. Донецька лікувались з одночасним використанням 8 і більше медичних препаратів.

Частота хворих новонароджених в ЦМКЛ №3 м. Донецька становила 313‰, а в ДОКТМО – 374,4‰ (в порівнянні з Україною 259,18‰). Частота пологового травматизму новонароджених в ЦМКЛ №3 м. Донецька за період 2001- 2003 роки зросла у 2,45 разу (з $6,35 \pm 0,7\%$ у 2001 р. до $15,6 \pm 1,0\%$ у 2003 р.), в ДОКТМО - в 1,25 разу (з $5,2 \pm 0,8\%$ у 2001 р. до $6,9 \pm 0,9\%$ у 2003 р.)

Результати соціологічного дослідження серед родин породіль свідчать, що $55,2 \pm 5,3\%$ респондентів висловили незадоволення організацією роботи пологових відділень: порушенням права батька отримувати інформацію про стан здоров'я новонародженої дитини ($70,1 \pm 4,9\%$), відсутністю можливості допомагати в догляді за дитиною в перші дні після пологів ($88,6 \pm 3,4\%$) та інформування з боку медичних працівників про стан плоду в пологах і про ліки, які вводились роділлі під час пологів ($90,4 \pm 1,2\%$ першонароджуючих і $84,3 \pm 2,4\%$ повторнонароджуючих), відсутністю інформування про медичні втручання до новонародженої дитини та інформованої згоди на них з боку батьків ($95,9 \pm 0,8\%$ першонароджуючих і $90,0 \pm 1,8\%$ повторно народжуючих жінок).

Серед можливих шляхів удосконалення організації неонатологічної допомоги породіллі відмітили залучення до проведення навчання на допологовому етапі лікарів-педіатрів ($91,7 \pm 0,8\%$) та участь в заняттях чоловіків ($90,2 \pm 1,0\%$), інформування про стан плоду в пологах ($96,7 \pm 0,6\%$) та про втручання до дитини ($88,3 \pm 1,1\%$), використання домашньої одежі ($80,4 \pm 1,4\%$), скорочення терміну перебування в стаціонарі ($97,7 \pm 0,6\%$), допомогу медичної сестри під час виключно грудного вигодовування та догляду за дитиною ($87,2 \pm 1,2\%$).

Результати анкетування медичних працівників засвідчили низький рівень забезпечення неонатологічних відділень апаратурою для моніторингу за станом новонародженої дитини: $43,4 \pm 5,0\%$ в ДОКТМО і $49,4 \pm 5,4\%$ в ЦМКЛ №3 м. Донецька, засобами медичного призначення відповідно $49,5 \pm 5,0\%$ і $41,4 \pm 5,3\%$, необхідного обладнання для надання реанімаційної допомоги новонародженим - $43,4 \pm 5,0\%$ і $52,9 \pm 5,4\%$.

Встановлено, що лікарі акушерських базових відділень не мали відповідної підготовки з теплового захисту новонароджених дітей. Вимірювання температури тіла дітям в пологовій залі і операційній кімнаті суцільним методом дозволило встановити наявність гіпотермії в $58,8 \pm 2,1\%$ новонароджених дітей після вагінальних пологів в ЦМКЛ №3 м. Донецька, а після операції кесарського розтину - $66,7 \pm 4,1\%$. В ДОКТМО – $62,2 \pm 2,7\%$ та $64,5 \pm 4,3\%$ відповідно.

Отримані результати стали підставою для розробки методичних рекомендацій «Термальна защита новорожденных» (Київ, 2004), локального протоколу для акушерських відділень з запровадження 10 кроків теплового захисту новонароджених дітей протягом перших діб після народження для запобігання розвитку гіпотермії та гіпертермії («теплового ланцюжка»), навчального модуля для підготовки медичних працівників з питань теплового захисту та інструменту для моніторингу за впровадженням та підтриманням теплового захисту новонароджених дітей.

В ході проведення дисертаційного дослідження були оптимізовані основні завдання і напрямки неонатологічної служби:

- впровадження в практику сучасних безпечних технологій надання медичної допомоги новонародженим дітям, які базуються на принципах доказової медицини;
- впровадження в практику сучасних організаційних технологій надання неонатологічної допомоги;
- дотримання вимог чинного законодавства України при наданні медичної допомоги новонародженим дітям шляхом участі в розробці національних клінічних протоколів та впровадження їх в клінічну практику;
- проведення профілактичних заходів щодо зниження захворюваності і смертності новонароджених дітей;
- проведення інформаційної роботи серед вагітних жінок, породіль і членів їх родин щодо якісного і безпечного догляду за новонародженою дитиною;
- залучення в акушерських стаціонарах партнера вагітної жінки (чоловік або інша людина, якій довіряє жінка) до процесу догляду за новонародженою дитиною;
- залучення матерів і членів родини до процесу догляду за новонародженою дитиною, яка отримує лікування в ВІТН.

Впровадження визначених завдань передбачало розробку якісно нової функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги новонародженим дітям, а отримані результати та аналіз даних доказової медицини з неонатології стали підставою для її обґрунтування (рис. 2). Модель включає рівні реалізації (галузевий, регіональний, та рівень лікувально-профілактичного закладу), цілі, складові елементи, ключові іновачії, шляхи та форми реалізації і виконавців. Центральним елементом розробленої моделі стає спільне перебування матері і дитини з забезпеченням виключно грудного вигодовування; відвідування матері і дитини членами родини; ретельний моніторинг за станом дитини з боку навченої матері за підтримки медичного персоналу; залучення матері до догляду за хворою дитиною; мінімізація втручань до новонародженої дитини та раціональна демедикалізація; підготовка родини до догляду за дитиною після виписки зі стаціонару.

Стратегічним напрямком моделі є покращення здоров'я новонароджених дітей, зменшення рівня їх смертності, захворюваності і інвалідизації, тактичним - формування та впровадження високого рівня безпечності надання медичної допомоги новонародженим дітям при використанні організаційних технологій з доведеною ефективністю.

Шляхами досягнення цілей визначено впровадження в практику сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю та безпечністю, систему безперервної підготовки медичного персоналу та моніторинг за впровадженням положень клінічних протоколів та рекомендацій з доведеною ефективністю та безпечністю. Формою реалізації моделі є нормативно-правова база впровадження сучасних медико-організаційних технологій надання неонатологічної допомоги з доведеною ефективністю та безпечністю.

Складовою запронованої моделі стали розроблені схеми надання медичної допомоги здоровим та хворим новонародженим дітям. Спільним для цих схем є

володіння персоналом навичками оцінки стану дитини та надання необхідної допомоги згідно діючих національних клінічних протоколів [А].

В основу схеми надання медичної допомоги новонародженій дитині, яка не потребує інтенсивної терапії (рис. 3), покладені клінічні рекомендації з доведеною ефективністю та безпечністю. В акушерських відділеннях створено індивідуальні пологові кімнати на 1 роділлю, в яку вагітна жінка поступає для пологів, знаходиться там всі періоди пологів, народжує дитину і спостерігається протягом 2 годин після народження дитини. Даною схемою передбачається присутність партнера за бажанням роділлі з метою психологічної і фізичної підтримки роділлі під час пологів та в післяпологовому періоді, а також з метою підтримки матері при народженні дитини.

На рівні пологової кімнати в акушерському відділенні принципово новими функціями визначено:

- контакт шкіра до шкіри з метою стабілізації і підтримання температури тіла новонародженої дитини, формування тісного емоційного зв'язку між матір'ю і дитиною, колонізації дитини материнською флорою, встановлення ефективного грудного вигодовування [А];

- відміна рутинного відсмоктування вмісту верхніх дихальних шляхів і перевірки прохідності стравоходу у кожної дитини відразу після народження, які виявились небезпечними, тому що могли призвести до травматичного ураження, інфікування дитини, вторинного апное [С];

- регулярний моніторинг за станом дитини з боку навченої матері за підтримки медичного персоналу [С];

- профілактика офтальмії з використанням тетрациклінової або еритроміцинової очної мазі після народження дитини не перериваючи контакту шкіра до шкіри [С];

- забезпечення теплового захисту новонароджених дітей шляхом впровадження 10 кроків теплового ланцюжка з метою запобігання розвитку гіпотермії/ гіпертермії і клінічних наслідків цих станів [А];

- використання домашнього одягу для дитини з метою запобігання інфікування дитини і розвитку як гіпотермії, так і гіпертермії [В];

- профілактика синдрому раптової дитячої смерті (СРДС), яка достовірно знижає його частоту на 50% [В];

- виписка дитини з акушерського стаціонару на 3 добу життя після вагінальних пологів і на 4–5 добу життя після оперативних пологів за умови задовільного стану дитини, проведення всіх необхідних профілактичних щеплень згідно діючого в Україні календарю щеплень, а також навчання матері і членів родини правилам безпечного догляду за дитиною і виявленню загрозливих станів.

Ефективність впровадженої моделі наведено в табл. 1. Результати дослідження також демонструють, що за рахунок зміни організаційних підходів, підвищення рівня знань персоналу, регулярного проведення моніторингу за впровадженням всіх кроків теплового захисту новонароджених дітей

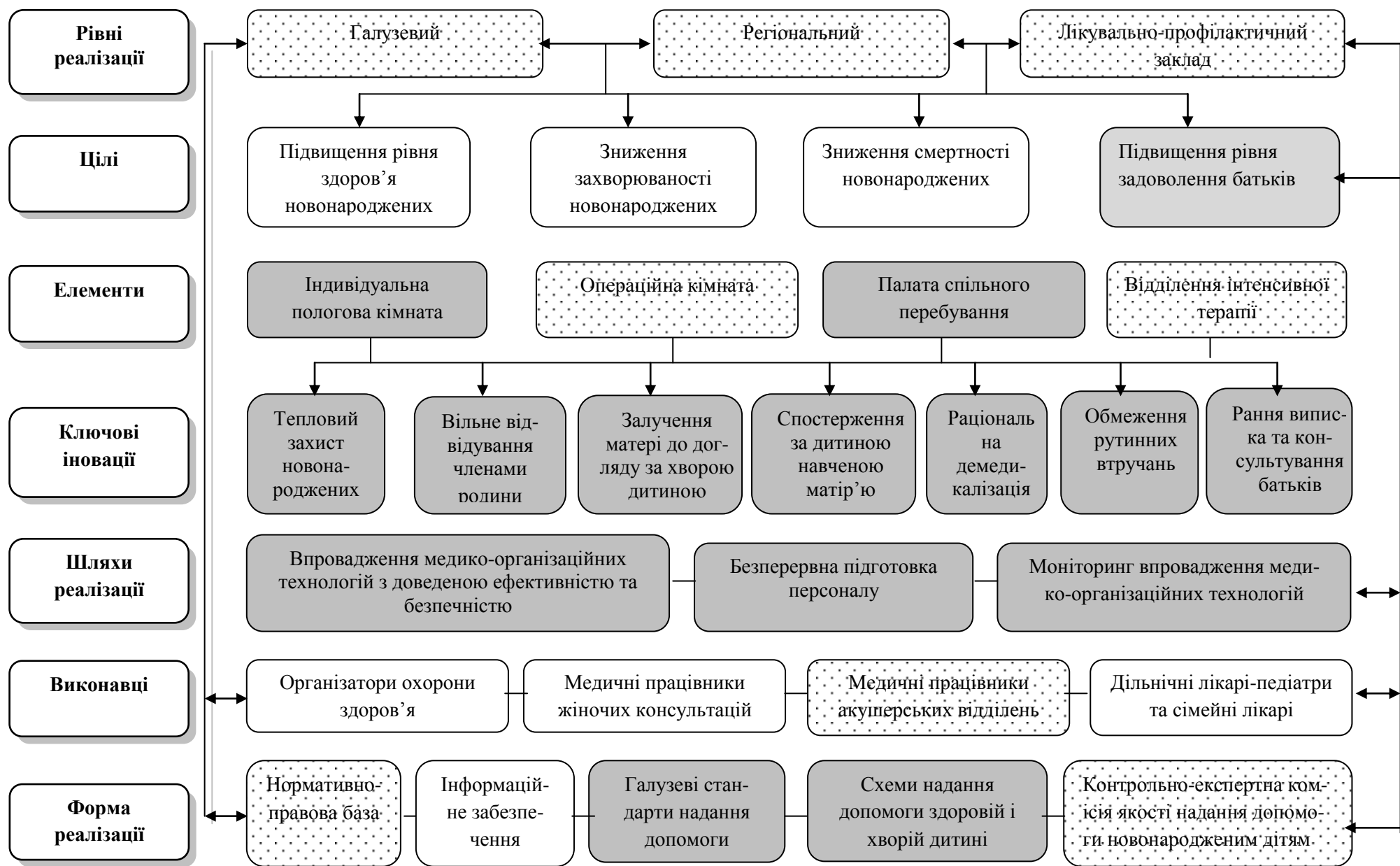


Рис. 3. Якісно нова функціонально-організаційна модель надання медичної допомоги новонародженій дитині

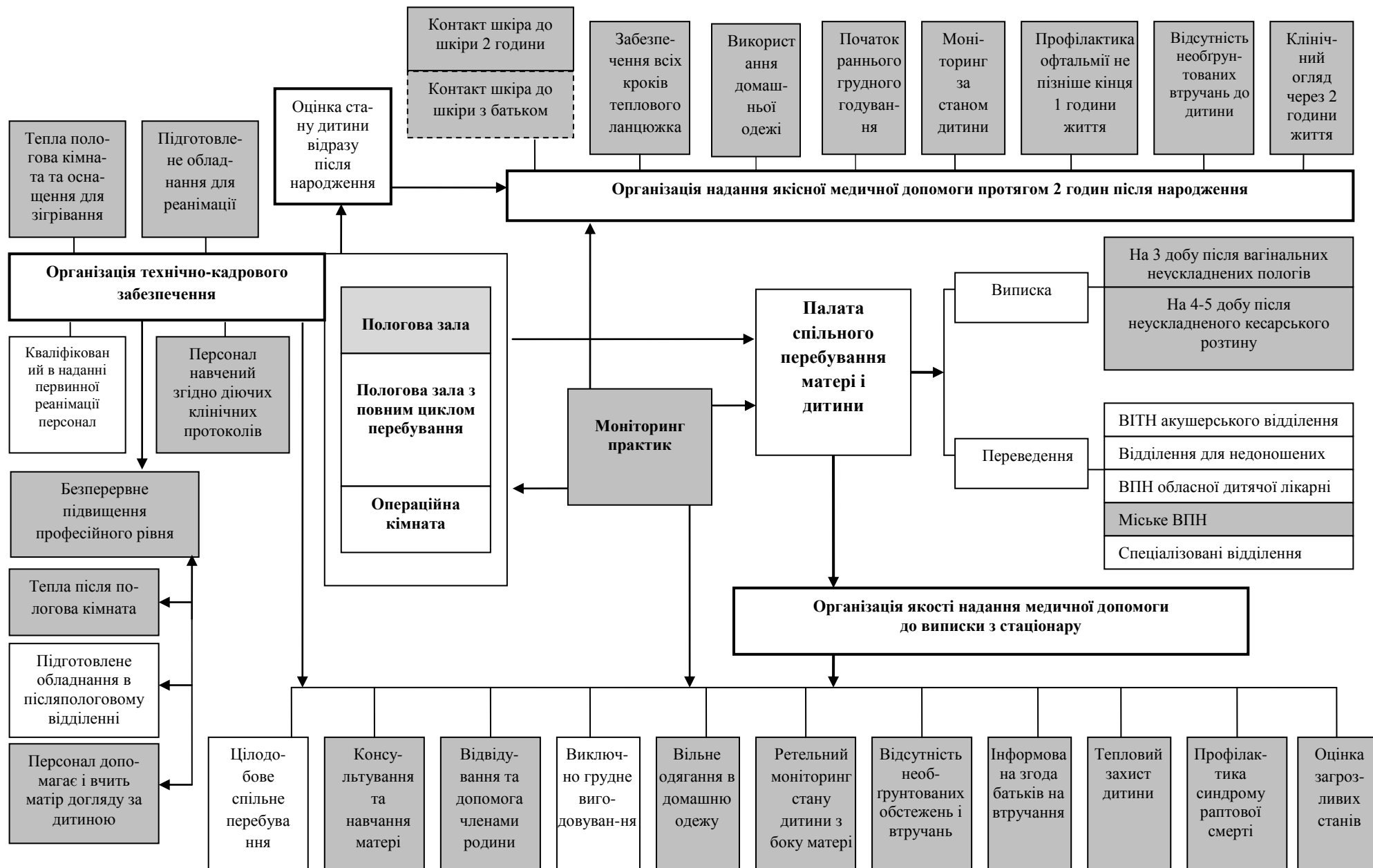


Рис. 4. Схема надання медичної допомоги новонародженій дитині, яка не потребує інтенсивної терапії в акушерському відділенні

частота гіпотермій новонароджених знизилась до $0,8 \pm 0,4\%$ [ВШ 177,5; $p < 0,0001$] в ЦМКЛ №3 м. Донецька і $1,3 \pm 0,6\%$ [ВШ 126,2; $p < 0,0001$] в ДОКТМО. Індекс здоров'я новонароджених дітей зріс на 13,6% ($p < 0,001$) в ДОКТМО та на 19,7% ($p < 0,001$) в ЦМКЛ № 3 м. Донецька.

Отримані результати вказують на значні переваги запропонованої моделі:

- медичні: народження дитини сприймається як природний фізіологічний процес, який вимагає медичних втручань тільки у разі виникнення проблем;
- організаційні: підготовка до народження дитини не тільки жінки, а й членів її родини; створення безпечних умов для народження дитини, раннього післяпологового періоду та післяпологового періоду до моменту виписки;
- правові: отримання інформованої згоди матері і членів родини для обстеження і лікування новонародженої дитини; забезпечення конфіденційності консультування батьків на всіх етапах надання неонатологічної допомоги;
- моральні: сприяння підсиленню батьківських почуттів та підтримка матерів членами родини в догляді за новонародженою дитиною;
- соціальні: задоволеність жінки якістю надання неонатологічної допомоги дитині і впевненість матері і членів родини в питаннях догляду за дитиною.

Економічна ефективність впровадженої моделі полягає в зменшенні витрат на надання медичної допомоги одній новонародженій дитині в 4,6 разу за рахунок зменшення використання катетерів, антисептиків та марлевих бандажів для обробки пуповинного залишку, зменшення рутинних лабораторних обстежень та зменшення кількості використання медикаментів для лікування дитини, а також використання домашньої одежі.

Проведена експертна оцінка впровадження якісно-нової функціонально організаційної моделі надання неонатологічної допомоги продемонструвала високу ступень узгодженості оцінки 25 експертів. При позитивній оцінці експертами системи в цілому (96%) по 8,0% із них мали зауваження до використання домашнього одягу та залучення матері до догляду за хворою дитиною і до виписки недоношених новонароджених дітей з масою тіла $\geq 2000,0$ г. за умови задовільного клінічного стану та проведених щеплень та профілактичних заходів. В результаті проведених розрахунків встановлено, що коефіцієнт варіації ставлення експертів до запропонованої системи становить 8,33%, що вказує на високу їх узгодженість в своєму рішенні щодо позитивної оцінки впровадження медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю та безпечністю в систему надання допомоги новонародженим дітям.

ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлена відсутність в Україні організаційних технологій та соціальних нововведень в практику неонатологічної допомоги в акушерських відділеннях, які базуються на доказах і забезпечують участь родини в догляді за новонародженою дитиною, як це рекомендовано ВООЗ та має місце в розвинутих країнах світу, що потребувало наукового обґрунтування та розробки якісно нової функціонально-організаційної

Таблиця 1
Ефективність впровадженої моделі

	ДОКТМО					ЦМКЛ № 3 м. Донецька				
	2002 р.	2008 р.	Знижен- ня	p	ВШ*	2002 р.	2008 р.	Знижен- ня	p	ВШ*
Частота гіпотермії	62,2± 2,7%	1,3± 0,6%		<0,0001	126,2	58,8± 2,1%	0,8± 0,4%		<0,0001	177,5
Частота переведення новонароджених в ВІТН	26,1± 1,5%	16,5± 1,0%	на 36,8%	<0,001	2,2	29,8± 1,3%	9,4± 0,6%	на 68,5%	<0,001	4,2
Частота переведення недоношених новонароджених в ВІТН	100%	72,6± 3,7%	на 27,4%	<0,001	0,37	100%	44,9± 2,6%	на 55,1%	<0,001	1,23
Питома вага доношених новонароджених серед переведених в ВІТН	71,5± 3,0%	50,9± 4,6%	на 28,8%	<0,001		30,5± 2,5%	15,2± 2,5%	на 50,1%	<0,001	
Використання більше 8 медичних препаратів при лікуванні	80,1± 5,2%	8,1± 3,5%	на 90,9%	<0,0001	44,4	63,3± 6,2%	11,1± 3,5%	на 82,5%	p<0,001	13,8
Частота хворих новонароджених	374,4± 15,6‰	273,1± 2,6‰	на 27,1%	<0,05	1,5	313± 13,6‰	178± 8,4‰	на 43,1%	<0,001	2,14
Частота переведення до відділення патології новонароджених дитячої лікарні	6,3± 0,8%	3,9± 0,5 %	на 38,1%	<0,05		3,6± 0,7%	0,2± 0,1%	на 95%	<0,05	
Терміни перебування	6,3±0,35 ліжко-дні	5,2±0,31 ліжко-дні	на 17,4%	<0,05		6,9±0,3 ліжко-дні	4,1±0,2 ліжко-дні	на 40,5%	<0,05	
Неонатальна смертність доношених новонароджених	5,8± 2,6‰	4,8± 1,9‰	на 19%	>0,05	1,2	9,4± 2,8‰	1,9± 0,9‰	на 79,8%	<0,001	6,1
Питома вага доношених новонароджених серед померлих в неонатальному періоді	31 ± 5,2%	16± 3,5%	на 48,3%	<0,001		50± 4,3%	24± 3,9%	на 52%	<0,001	

неонатологічної допомоги в акушерському стаціонарі, впровадження якої довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Показано, що в пологовій залі $99,7 \pm 0,3\%$ новонародженим дітям проводяться рутинні втручання та обстеження (відсмоктування вмісту верхніх дихальних шляхів, викладання дитини на холодний лоток та відокремлення від матері для проведення повного клінічного огляду відразу після народження), які не відповідають рекомендаціям з доведеною ефективністю (тривалий контакт шкіра до шкіри, відтермінування профілактичних процедур та повного клінічного огляду, забезпечення ретельного моніторингу під час контакту шкіра до шкіри) при зростанні рівня травматизму у 2,45 разу (з $6,35\%$ до $15,6\%$). Дітям проводиться туге сповивання і дитина транспортується в палату/відділення неонатального догляду для спостереження окремо від матері.

2. Встановлено, що після народження частина новонароджених дітей перебуває в окремому від матерів приміщенні, їх годування проводиться у визначений згідно графіка (по годинах) при рівні виключно грудного вигодовування у $6,8\%$ випадків. Діти туго сповивались в лікарняну білизну, догляд за ними забезпечувався тільки медичним персоналом; матері для догляду за дітьми на залучались.

3. Доведено, що частота хворих новонароджених у 2002 році склала 412% з високими рівнями народження дітей з низькою оцінкою за шкалою Апгар ($8,45 \pm 0,87\%$), травматизму в пологах ($15,6 \pm 1,0\%$) та переведення до відділення інтенсивної терапії ($29,8 \pm 1,3\%$).

4. Доведено, що під час надання медичної допомоги в палаті/відділенні інтенсивної терапії понад 8 лікарських отримувало $63,3 \pm 6,2\%$ дітей в ДОКТМО і $81,0 \pm 5,2\%$ дітей в ЦМКЛ № 3 м. Донецька з рутинним призначенням таких препаратів, безпечність та ефективність яких в групі новонароджених дітей не вивчалась; до $36,7 \pm 6,2\%$ новонароджених при лікуванні отримували свіжозаморожену плазму.

5. Виявлено, що в акушерських відділеннях не забезпечується тепловий захист новонароджених дітей, що стало причиною розвитку гіпотермії у $58,8\%$ новонароджених, при цьому тільки $2,6\%$ лікарів ознайомлені з технікою вимірювання температури тіла новонароджених, що обумовило обґрунтування та адаптацію методики теплового захисту новонароджених, основою якої є тривалий контакт шкіра до шкіри матері та ретельно висушеної дитини в теплому приміщенні (не нижче 25°C) з регулярним вимірюванням температури тіла дитини. Це сприяло зниженню рівня гіпотермії до $1,0\%$ з переважним визначенням в групі недоношених новонароджених дітей.

6. Результати соціологічного опитування виявили, що $55,2 \pm 5,3\%$ породіль незадоволені організацією роботи акушерських відділень і у $96,7 \pm 0,6\%$ випадків визначили необхідність їх інформування про стан плоду в пологах, $97,7 \pm 0,6\%$ скорочення терміну перебування у стаціонарі, $97,2 \pm 1,2\%$ виключно грудного вигодовування, $88,3 \pm 1,0\%$ спільного перебування з дитиною. Із членів родини

21,8±4,4% респондентів отримували інформацію про перебіг пологів та стан здоров'я новонародженої дитини, а спілкуватися з породіллею мали можливість лише 3,4% з них, 89,7±3,3% опитаних підтримало необхідність участі в догляді за новонародженою дитиною. Лікарі-неонатологи у 81,2±2,1% підтримали спільне перебування матері і дитини, 73,3±3,3% - виключно грудне вигодовування, 54,3±3,7% - відвідування дитини родиною, 21,9±3,9% - виписку з акушерського відділення на третю добу після фізіологічних пологів, при цьому 75,6±3,3% дільничних лікарів-педіатрів виявилися неготовими до обслуговування таких дітей на дільниці.

7. Результати засвідчили необхідність формування якісно нової функціонально-організаційної моделі надання неонатологічної допомоги на рівні акушерського стаціонару, яка базується на доказах і на основі диференціації в залежності від стану здоров'я новонародженого з впровадженням сучасних організаційних технологій та впровадження безперервного підвищення якості медичної допомоги при удосконаленні професійного рівня медичних працівників.

8. Особливостями структурної побудови моделі стало використання існуючих та частково змінених (оптимізованих) елементів системи охорони здоров'я і введення якісно нових елементів, а саме схем організації надання медичної допомоги здоровим та хворим новонародженим дітям з використанням доказових та безпечних сучасних технологій. Стратегічним напрямком моделі є покращення здоров'я новонароджених дітей, зменшення рівня їх смертності, захворюваності і інвалідизації. Тактичним напрямком моделі є формування та впровадження високого рівня безпечності надання медичної допомоги новонародженим дітям при використанні організаційних технологій з доведеною ефективністю.

9. Показано, що центральним елементом моделі стає спільне перебування матері і дитини, тепловий захист дитини та виключно грудне вигодовування, відвідування матері і дитини членами родини, ретельний моніторинг за станом дитини з боку навченої матері, мінімізація втручань до новонародженої дитини та використання медичних препаратів, підготовка подружньої пари до догляду за дитиною.

10. За даними впровадження моделі отримано реальне підтвердження її ефективності: зниження частоти хворих новонароджених на зниження частоти хворих новонароджених на 27,1% [ВШ 1,5, $p < 0,05$] в ДОКТМО та на 43,1% [ВШ 2,14, $p < 0,001$] в ЦМКЛ №3 м. Донецька, зростання індексу здоров'я новонароджених дітей на 13,6% ($p < 0,001$) в ДОКТМО та на 19,7% ($p < 0,001$) в ЦМКЛ №3; зниження рівня неонатальної смертності серед доношених новонароджених на 19% [ВШ 1,2, $p > 0,05$] в ДОКТМО та на 79,8% [ВШ 6,1, $p < 0,001$] в ЦМКЛ №3 м. Донецька, зниження витрат на засоби медичного призначення та обстеження на 1 дитину становлять 147,7 грн у цінах 2005 р.

11. Проведена експертна оцінка впровадження якісно-нової функціонально-організаційної моделі надання неонатологічної допомоги продемонструвала

високий ступінь узгодженості експертів в своєму рішенні щодо позитивної оцінки впровадження медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю та безпечністю в систему надання допомоги новонародженим дітям (коефіцієнт варіації становить 8,33%).

12. Медична та економічна ефективність впровадженої якісно нової функціонально-організаційної моделі неонатальної допомоги в акушерському стаціонарі та відповідність рекомендаціям ВООЗ дозволяє рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я України.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

У періодичних виданнях, затверджених ВАК України:

1. Матвиенко И. Н. Местный уход за пуповиной новорожденного с точки зрения доказательной медицины / И. Н. Матвиенко // Вісн. гігієни і епідеміології. – 2005. – Т. 9, № 1. – С. 142–148.
2. Матвиенко И. Н. К вопросу о факторах риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития / И. Н. Матвиенко, Е. Н. Гринева // Акт. вопр. медицины и биологии. – 2003. – № 1. – С. 219–223.
3. Матвиенко И.Н. Гипотермия новорожденных: уровень, профилактика / И. Н. Матвиенко // Вісник гігієни і епідеміології. – 2004. – Т. 8, №2. – С.253-257
4. Деякі проблеми охорони здоров'я новонароджених дітей в Україні (ситуаційний аналіз) / Н. Г. Гойда, Н. Я Жилка, Г. О. Слабкий [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – № 1. – С. 9–13.
5. Матвієнко І. М. Актуальні питання підготовки сімейних лікарів до надання неонатологічної допомоги в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги / І. М. Матвієнко, Г. О. Слабкий // Совр. педиатрия. – 2005. – № 3 (8). – С. 32–34.
6. Подоляка В. Л. Гипотермия новорожденных как медико-экономическая проблема / В. Л. Подоляка, Г. А. Слабкий, И. Н. Матвиенко // Совр. педиатрия. – 2004. – № 2 (3). – С. 121–123.
7. Слабкий Г. А. К вопросу об уходе за преждевременно рожденными детьми в условиях отделения выхаживания недоношенных детей / Г. А. Слабкий, И. Н. Матвиенко // Укр. мед. альманах. – 2006. – № 2. – С. 161–162.

У інших наукових виданнях:

1. Айстраханов Д. Д. Мониторинг стану здоров'я дитячого населення / Д. Д. Айстраханов, Т. К. Кульчицька, І. М. Матвієнко // Матеріали XI Конгресу світ. федер. Укр. лік. товариств. – Полтава-Київ-Чикаго, 2006. – С. 243.
2. Матвиенко И. Н. К вопросу об изменении подходов к уходу за преждевременно рожденными детьми в условиях отделения выхаживания недоношенных новорожденных / И. Н. Матвиенко, Л. А. Левченко, Е. Н. Гринева // Харчова алергія у дітей: профілактика та лікувальне харчування : матеріали наук.-практ. конф., Київ, 16–17 берез. 2003 р. – К., 2003. – С. 32–34.

3. Матвиенко И. Н. Современные подходы к уходу за новорожденными в родильных домах / И. Н. Матвиенко // Пробл. охорони здоров'я України : наук.-практ. конф., Київ, 30 січня 2003 р. – К., 2003.

4. Матвиенко И. Н. О преимуществах грудного вскармливания новорожденных / И. Н. Матвиенко // Мед. пробл. промислового регіону : наук.-практ. конф., Київ, 29 черв. 2003 р. – К., 2003.

5. Матвиенко И. Н. Профилактика и лечение гипотермии у новорожденных / И. Н. Матвиенко // Акт. пробл. реформування охорони здоров'я : наук.-практ. конф., Донецк, 25 груд. 2003 р. – Донецьк, 2003.

6. Матвиенко И. Н. Особенности ухода за недоношенным новорожденным с позиции доказательной медицины / И. Н. Матвиенко // Здоровя матери – здоровя дитина : наук.-практ. конф., Донецьк, 6 лист. 2002 р. – Донецьк, 2002.

7. Матвиенко И. Н. Организация термальной защиты новорожденных в свете современных неонатологических технологий / И. Н. Матвиенко // Акт. пробл. сучасної здоровя охорони : наук.-практ. конф., Київ, 20 січня 2003 р. – К., 2003.

8. Матвиенко И. Н. Об организации грудного вскармливания двойни и тройни / И. Н. Матвиенко // Медичні проблеми великого міста : наук.-практ. конф., Київ, 4 верес. 2003 р. – К., 2003. – С. 29–30.

9. Матвиенко И. Н. Стрептококк группы «В»: междисциплинарный подход в практике врача акушер-гинеколога и неонатолога / И. Н. Матвиенко // Межобл. наук.-практ. конф., Коблево, 30–31 мая 2009 г.

10. Подоляка В. Л. Гипотермия новорожденных как медико-экономическая проблема / В. Л. Подоляка, Г. А. Слабкий, И. Н. Матвиенко // Совр. педиатрия. – 2004. – № 2 (3). – С. 121–123.

11. Матвієнко І. М. Послідовність дій при здійсненні догляду за здоровою доношеною дитиною в пологовій кімнаті : сб. научн. статей / І. М. Матвієнко // Вопр. здравоохр. Донбасса : вып. 10. – Донецк, 2005. – С. 35–37.

12. Матвієнко І. М. До питання перебування матері та новонародженого в пологовому відділенні : сб. научн. статей. / І. М. Матвієнко, Т. Г. Петренко // Вопр. здравоохр. Донбасса : вып. 10. – Донецк, 2005. – С. 47–49.

13. Матвієнко І. М. Деякі проблеми надання якісних медичних послуг з безпечного материнства : сб. научн. статей / І. М. Матвієнко // Вопр. здравоохр. Донбаса : вып. 11. – Донецк, 2005. – С.18–19.

14. Матвієнко І. М. Клінічний протокол «Первинна реанімація та післяопераційна допомога новонародженим» / І. М. Матвієнко // Фізіологія і патологія новонароджених : матеріали наук.-практ. конф., Київ, 15–16 берез. 2007 р. – К., 2007.

15. Матвієнко І. М. Шляхи впровадження в Україні Проекту «Здоров'я матері та дитини» / І. М. Матвієнко // Актуальні питання охорони здоров'я Донбасу : наук.-практ. конф., Донецк, 22 верес. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 22–23.

16. Матвієнко І. М. Гіпотермія новонароджених та шляхи її профілактики / І. М. Матвієнко // Охорона здоров'я великого промислового регіону: організаційні

підходи до удосконалення : наук.-практ. конф., Донецьк, 25 берез. 2004 р. – Донецьк, 2004. – С. 44–47.

17. Матвієнко І. М. Сучасні мало затратні форми медичного догляду за новонародженими в пологових будинках / І. М. Матвієнко // Медицина сьогодні і завтра : наук.-практ. конф., Київ, 10 берез. 2003 р. – К., 2003.

18. Матвієнко І. М. Досвід застосування адаптованої суміші «Ненатал» («Нутріція») у недоношених новонароджених при ранньому введенні ентерального харчування / І. М. Матвієнко, Н. І. Мухіна // Здорове харчування, дизбіози та їх аліментарна профілактика із застосуванням продуктів нового покоління з пребіотиками : наук.-практ. конф., Київ, 26–27 берез. 2003 р. – К., 2003. – С. 28–31.

19. Матвієнко І. М. Деякі проблеми надання якісних медичних послуг з безпечного материнства : сб. научн. статей / І. М. Матвієнко // Вопр. здравоохр. Донбаса : вып. 11. – Донецьк, 2005. – С.18–19.

20. Матвієнко І. М. Проблема репродуктивного здоров'я населення України як складова дермографічної політики держави : сб. научн. статей / І. М. Матвієнко, Т. Г. Петренко // Вопр. здравоохр. Донбаса : вып. 11. – Донецьк, 2005. – С. 59–61.

21. Матвієнко І. М. Новонароджений з дихальними розладами: проблеми допомоги на рівні районної лікарні / І. Матвієнко, О. Чопко // Дихальна підтримка новонароджених та інші актуальні питання неонатології : матеріали наук.-практ. конф., Львів, 1–2 жовт. 2009 р. – Львів, 2009. – С. 27–28.

22. Матвієнко І. М. Сучасні технології надання медичної допомоги новонародженим дітям / І. М. Матвієнко // Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні : наук.-практ. конф., Київ, 15–16 жовт. 2009 р. – К., 2009. – С. 46–47.

23. Матвієнко І. М. Сім'я – територія, дружня до дитини / І. М. Матвієнко, Г. О. Слабкий // Міжн. мед. журн. : спецвипуск. Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України, Київ, 25–26 жовт. 2005 р. – К., 2005. – С. 36.

24. Матвієнко І. М. Протокол клінічного ведення новонароджених з низькою масою тіла при народженні / І. М. Матвієнко // Акт. пробл. неонатології : наук. симпозиум, Судак, 14–15 верес. 2006 р. – Судак, 2006.

25. Петренко Т. Г. Акушерська допомога, що зорієнтована на сім'ю, як перспектива покращання медичної допомоги жінкам і новонародженим / Т. Г. Петренко, І. М. Матвієнко // Нац. громад. слухання з питань виконання нац. прогр. «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», Київ, 25 берез. 2005 р. – К., 2005. – С. 79–82.

26. Свиридова В. В. Підходи до створення територіальних перинатальних центрів / В. В. Свиридова, І. М. Матвієнко, Т. Г. Петренко // Міжгал. компл. прогр. «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки – крок до реформування галузі : матеріали конф. – Ужгород, 2006. – С. 152–154.

27. Слабкий Г. О. Необхідність підготовки медичних працівників до термального захисту новонароджених : зб. наук. праць / Г. О. Слабкий, І. М. Матвієнко // Досвід та пробл. підготовки мед. – Донецьк, 2005. – С. 137–140.

28. Слабкий Г. О. Нові технології неонатологічної допомоги в профілактиці гіпотермії новонароджених / Г. О. Слабкий, І. М. Матвієнко // VIII з'їзд ВУЛТ : тези доповідей, Івано-Франківськ, 21–22 квітн. 2005 р. – К., 2005. – С. 50.

Методичні рекомендації:

Термальная защита новорожденных / Н. Я. Жилка, Г. А. Слабкий, В. Л. Подоляка [и др.]. – К., 2004. – 33 с.

Навчально-методичний посібник:

Современные подходы к ведению физиологических родов в условиях акушерской помощи, ориентированной на семью : [навч.-метод. посібник] / А. В. Чурилов, Ю. Г. Друпп, И. Н. Матвиенко [и др.]. – Донецк, 2005. – 50 с.

Галузеві нововведення:

1. Жилка Н. Я. Структурно-функціональна перебудова пологового будинку / Н. Я. Жилка, Т. Г. Петренко, І. М. Матвієнко // Реєстр галузевих нововведень, 2006. – Випуск реєстра 24–25.

2. Методика термального захисту новонароджених / Н. Я. Жилка, Г. О. Слабкий, У. В. Волошина [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень, 2007. – Випуск реєстра 26–27.

АНОТАЦІЯ

Матвієнко І.М. Медико-соціальне обґрунтування шляхів удосконалення організації надання неонатологічної допомоги. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ, 2010.

Дисертацію присвячено вивченню стану організації надання неонатологічної допомоги на сучасному етапі розвитку охорони здоров'я та її ефективності у порівнянні з провідними країнами Європи та даними доказової медицини, і обґрунтуванню якісно нової функціонально-організаційної неонатологічної допомоги.

Встановлено, що неонатальна та малюкова смертність в Україні в порівнянні з показниками економічно розвинутих країн залишаються високими: показник неонатальної смертності в країнах Євросоюзу становить 3,02‰ у 2007 р., у той час як в Україні він залишається за період з 1997 року практично без змін - 6,65‰ у 2000 р. і 6,63‰ у 2007 р. Показник малюкової смертності в країнах Євросоюзу знизився до 4,56‰ у 2007 р., а в Україні за період з 2000 року він залишається високим і становить 11,0‰ у 2007 р.

Досліджено, що рівень захворюваності новонароджених в акушерських стаціонарах баз натурного експерименту у 2002 р. склав 412‰, частота гіпотермій - 62,2±2,7%, частота народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар нижче 6 балів -

8,45±0,87%, частота переведення новонароджених до ВІТН - 29,8±1,3%, частота пологового травматизму - до15,6±1,0%.

Досліджено, що обмеженість розроблених з дотриманням принципів доказової медицини клінічних протоколів з надання допомоги новонародженим, і як наслідок, низький рівень знань медичних працівників з ефективних неонатальних технологій з доведеною ефективністю та безпечністю виявляються одними з причин відсутності позитивної динаміки в якості надання допомоги новонародженим дітям. Отримані результати засвідчили необхідність формування якісно нової функціонально-організаційної моделі надання неонатологічної допомоги на рівні акушерського стаціонару, яка базується на доказах і включає рівні реалізації (галузевий, регіональний, та рівень лікувально-профілактичного закладу), цілі, складові елементи, ключові іновачії, шляхи та форми реалізації і виконавців.

Дані, одержані в результаті дослідження, знайшли своє втілення на державному, галузевому та регіональному рівнях.

Ключові слова: здоров'я новонароджених, доказова медицина, неонатологічна допомога, удосконалення, функціонально-організаційна модель.

АННОТАЦИЯ

Матвиенко И.Н. Медико-социальное обоснование путей усовершенствования организации оказания неонатологической помощи. – Рукопись.

Диссертация на получение научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика, Киев, 2010.

Диссертация посвящена изучению состояния организации оказания неонатологической помощи на современном этапе развития здравоохранения и её эффективности в сравнении с ведущими странами Европы и данными доказательной медицины и обосновании качественно новой функционально-организационной неонатологической помощи.

Установлено, что уровни неонатальной и младенческой смертности в Украине в сравнении с показателями экономически развитых стран остаются высокими: показатель неонатальной смертности в странах Евросоюза в 2007 г. составлял 3,02‰, а в Украине этот показатель остается практически без изменений - 6,65‰ в 2000 г. и 6,63‰ в 2007 г. Показатель младенческой смертности в странах Евросоюза снизился до 4,56‰ в 2007 г., а в Украине с 2000 г. он остается высоким - 11,0‰ у 2007 г.

Определено, что уровень заболеваемости новорожденных в акушерском стационаре базы натурального эксперимента в 2002 г. составил 412‰, частота гипотермий - 62,2±2,7%, частота рождения детей с оценкой по шкале Апгар ниже 6 баллов - 8,45±0,87%, частота перевода новорожденных в отделение интенсивной терапии новорожденных – 29,8±1,3%, частота травматизма новорожденных в родах - до15,6±1,0%.

Показано, что в родильном зале 99,7±0,3% новорожденным детям проводятся рутинные вмешательства и обследования (отсасывание содержимого

верхних дыхательных путей, выкладывание ребенка на холодный лоток и отделение от матери для проведения полного клинического осмотра сразу после рождения), не соответствующие рекомендациям с доказанной эффективностью (длительный контакт кожа к коже, отсрочивание профилактических процедур и полного клинического осмотра, обеспечение тщательного мониторинга при контакте кожа к коже) при росте уровня травматизма в 2,45 раза (с 6,35% до 15,6%). Детям проводится тугое пеленание и ребенок транспортируется в палату/отделение неонатального ухода для наблюдения отдельно от матери. Доказано, что при оказании медицинской помощи в палате/отделении интенсивной терапии свыше 8 лекарственных средств получало $63,3 \pm 6,2\%$ детей в ДОКТМО и $81,0 \pm 5,2\%$ детей в ЦГКБ № 3 г. Донецка, до $36,7 \pm 6,2\%$ новорожденных при лечении получали свежезамороженную плазму.

Выявлено, что в акушерских отделениях не обеспечивается тепловая защита новорожденных детей, что стало причиной развития гипотермии у $62,2 \pm 2,7\%$ новорожденных, при этом только 2,6% врачей ознакомлены с техникой измерения температуры тела новорожденных, что обусловило обоснование и адаптацию методики тепловой защиты новорожденных, основой которой является длительный контакт кожа к коже матери и тщательно высушенного ребенка в теплом помещении (не ниже 25°C) с регулярным измерением температуры тела ребенка. Это способствовало снижению уровня гипотермии до 1,0% с преимущественным определением в группе недоношенных новорожденных детей.

Полученные результаты показали необходимость формирования качественно новой функционально-организационной модели предоставления неонатологической помощи на уровне акушерского стационара, основанной на доказательствах и на основе дифференциации в зависимости от состояния здоровья новорожденного с внедрением современных организационных технологий и внедрения непрерывного повышения качества медицинской помощи при совершенствовании профессионального уровня медицинских работников. Модель включает уровни реализации (отраслевой, региональный, уровень лечебно-профилактического учреждения), цели, составляющие элементы, ключевые инновации, пути и формы реализации, и исполнителей.

Показано, что центральным элементом модели становится совместное пребывание матери и ребенка с обеспечением тепловой защиты и исключительно грудного вскармливания; посещение матери и ребенка членами семьи; тщательный мониторинг за состоянием ребенка обученной матерью; вовлечение матери в уход за больным ребенком; минимизация вмешательств к ребенку и рациональная демедицинализация; подготовка супружеской пары к уходу за ребенком.

Медицинская и экономическая эффективность внедренной качественно новой функционально-организационной модели неонатальной помощи в акушерском стационаре и соответствие рекомендациям ВОЗ позволяет рекомендовать её для внедрения в систему здравоохранения Украины. Полученные в результате исследования данные нашли свое воплощение на государственном, отраслевом и региональном уровнях.

Ключевые слова: здоровье новорожденных, доказательная медицина, неонатологическая помощь, совершенствование, функционально-организационная модель.

SUMMARY

I. Matvienko Medico-social study ways of improving the organization of neonatology help. – The Manuscript.

Thesis for the degree of medical sciences, specialty 14.02.03 – Social Medicine. – P.L.Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2010.

The dissertation is devoted to the study of organizations providing neonatology care at the current stage of development of health care and its effectiveness in comparison with developed European countries and data substantiating evidence-based medicine and qualitatively new functional organizational neonatology care.

Found that the rates of neonatal and infant mortality in Ukraine exceed the same rates in developed European countries: in developed countries in 2007 the neonatal mortality rate was 3,02‰ if compare with Ukraine neonatal mortality rate which is within 2000 – 2007 was 6,65‰ and 6,63‰. The infant mortality rate in developed European countries was 4,56‰ in 2007 if compare with Ukrainian infant mortality rate which is stable within 2000–2007 (11,0‰).

Found that the newborn morbidity in obstetrical hospitals was 412 ‰ in 2002, hypothermia rate - $62,2 \pm 2,7\%$, rate of newborns with lo (less than 6) Apgar Scoring - $8,45 \pm 0,87\%$, rate of admission to NICU - $29,8 \pm 1,3\%$, birth injury rate - $15,6 \pm 1,0\%$.

Discovered, that the limitation of national evidence based protocol for neonatal care results in the low knowledge level of health care providers in field of effective perinatal technologies which are main reasons of absence of positive dynamic of quality of neonatal care.

The results showed the need of development a qualitatively new functional organizational model of neonatology care for obstetric department, which is evidence based and include realization levels (sectoral, regional, hospital), goals, components, key innovations, ways and kinds of implementation, and executors.

Data obtained in a study have been put on the national, branch and regional levels.

Keywords: Evidence-Based Medicine, Functional organizational model, improvement, Neonatology Care, Newborn Health.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

В II ВН	Відділення другого етапу вихожування недоношених новонароджених
ВІТН	Відділення інтенсивної терапії новонароджених
ВІН	Відділення патології новонароджених
ВШ	Відношення шансів
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДОКТМО	Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання
ЖК	Жіноча консультація
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІПЗ	Індивідуальна пологова зала
КР	Кесарський розтин
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НС	Неонатальна смертність
ОДЛ	Обласна дитяча лікарня
ПІТН	Палата інтенсивної терапії новонароджених
ПН	Палата новонароджених
ПлС	Планування сім'ї
ПС	Перинатальна смертність
ПСП	Палата сумісного перебування матері і дитини
РНС	Рання неонатальна смертність
СЗП	Свіжозаморожена плазма
СРДС	Синдром раптової дитячої смерті
ФАВ	Фізіологічне акушерське відділення
ЦМКЛ	Центральна міська клінічна лікарня
ЦНС	Центральна нервова система
ЦРЛ	Центральна районна лікарня
ШВЛ	Штучна вентиляція легенів