

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

УДК: 614.2:616-053.2"477"(-3)

Ю.Г. Антипкін, Т.К. Знаменська,
О.О. Дудіна *, Т.В. Куріліна

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології НАМН України»,
ДУ «Український інститут стратегічних
досліджень МОЗ України»*
(м. Київ, Україна)

РЕГІОНАЛІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ
ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ – СУЧАСНИЙ
СТАН ПРОБЛЕМИ

Резюме. Створення системи регіональних перинатальних центрів є всесвітньо визнаним шляхом зниження перинатальних втрат, частоти формування хронічної захворюваності та інвалідності. У статті розглянуто сучасні аспекти регіоналізації перинатальної допомоги, подано визначення та функції її складових, основні проблеми та шляхи їх вирішення в Україні.

Ключові слова: регіоналізація перинатальної допомоги; перинатальний центр; вагітні жінки; новонароджений; перинатальні втрати; інвалідність.

Важливою проблемою демографічної політики України є прогнозоване подальше зниження численності її населення, що обумовлює необхідність забезпечення національної безпеки шляхом сприяння підвищенню народжуваності та збереженню здоров'я матерів та дітей. Резервним шляхом для зниження перинатальних втрат та формування хронічної захворюваності та інвалідності є розробка й впровадження організаційно-медичних технологій надання якісної медичної допомоги жінкам і дітям.

Збільшення захворюваності серед жінок репродуктивного віку є підґрунтям збільшення частоти хронічної патології та формування інвалідності серед народжених дітей, що потребує удосконалення системи медичного супроводу вагітних, новонароджених та дітей раннього віку.

Глобальна ініціатива ВООЗ «Зробимо вагітність безпечніше», яка стартувала у 2000 р., спрямована на попередження материнської і неонатальної смертності від більшості відомих нам причин та може бути впроваджена навіть в умовах обмеження ресурсів. Місія ВООЗ – забезпечення уряду та медичних закладів рекомендаціями та технічною підтримкою, гарантування того, що безпечне материнство та дитинство є пріоритетом національної політики та бюджету, а доказові норми та стандарти догляду застосовуються на практиці [34]. Серед головної діяльності ініціативи є кваліфікований супровід материнства та дитинства, доступність госпіталізації за умов виникнення ускладнень.

У Європейському регіоні ініціатива ВООЗ інтегрована з програмою «Підтримка ефективного перинатального догляду» – 11-ма специфічно розробленими для європейського регіону втручаннями [33]. Така сумісна ініціатива існує на трьох рівнях: системі охорони здоров'я, працівників охорони здоров'я та суспільства.

Основні стратегічні напрямки ініціативи:

- підтримка оцінки та планування на національному та регіональному рівнях,

- забезпечення есенціальним комплексом для тренінгу, моніторингу та ретельного оцінювання,
- підтримка впровадження стандартів якості догляду в пілотних регіонах як моделей проекту,
- забезпечення раціонального використання необхідних ліків, устаткування та ресурсів, доказових рекомендацій для рівнів охорони здоров'я,
- підтримка участі суспільства, жінки та родини.

Ключовий елемент успіху сумісної ініціативи – створення партнерських відношень з ключовими партнерами, агенціями та неурядовими організаціями у сфері перинатальної медицини. Проект сфокусований на вагітності, пологах та перинатальному періоді, а також на ролі первинного ланцюга охорони здоров'я. Метою є забезпечення покращень у трьох областях: якості допомоги, розвитку сервісу охорони здоров'я, залученні родини та суспільства.

Найбільшими проблемами у сфері медичної допомоги матері та дитини у європейському регіоні є поліпрагмазія, застарілі імперативні протоколи догляду («накази»); бар'єри доступу до необхідного сервісу, включаючи недостатність інформації та усвідомлення важливості охорони здоров'я, погана медична освіта та недостатність міжпрофесійного та мультидисциплінарного співробітництва.

У вересні 2000 р. ООН було розроблено вісім цілей розвитку Тисячоліття, які повинні були реалізуватися у 2015 р. всіма країнами співдружності. Основними з них є зменшення на 2/3 смертності серед дітей до 5 років та зниження показників материнської смертності на 3/4.

Прогрес у досягненні заявлених цілей характеризується ВООЗ як недостатній:

- зниження щорічної материнської смертності на 34 % (цільовий показник до 2015 р. – на 75%).
- зниження щорічної малюкової смертності на 30% (цільовий показник – на 66 %).

Причини малюкової смертності у розвинутих країнах:

- у неонатальному періоді: передчасні пологи, вроджені аномалії, ускладнення пологів у матері;

- у постнатальному періоді: вроджені аномалії, інфекції, травматизм, синдром раптової смерті немовлят.

Причини малюкової смертності у країнах, що розвиваються:

- у неонатальному періоді: низька маса тіла при народженні, асфіксія/травма, правець, пневмонія;
- у постнеонатальному періоді: інфекції, травми, недостатність харчування [22].

Відповідно до концепції епідеміологічного переходу, у малюковій смертності із завершенням кожної стадії вичерпуються можливості попередніх стратегій боротьби за її зниження [6, 17, 21].

Перший епідеміологічний перехід відбувся у 70-ті роки ХХ сторіччя: зниження смертності від інфекційних захворювань (8-10 на 1000 народжених).

Другий епідеміологічний перехід проходить у теперішній час: зниження смертності від перинатальних чинників та вроджених вад розвитку (у середньому 1-4 на 1000 народжених; у Швеції – 2,3 %, у Японії – 2,5 %, у Люксембурзі – 1,9 %).

До зниження перинатальної захворюваності та смертності призвело впровадження комплексу організаційно-технологічних заходів, які базуються на принципах доказової медицини:

- регіоналізація перинатальної медичної допомоги,
- антенатальна профілактика РДС кортикостероїдами,
- застосування антибіотикотерапії у вагітних/породіль з високим ступенем інфекційного ризику,
- впровадження новітніх технологій респіраторної підтримки у новонароджених (сурфактант-

замісна терапія, неінвазивні методи вентиляції легень та ін.),

- реанімація у пологовому залі із застосуванням низьких концентрацій кисню або кімнатним повітрям,

- відтерміноване клеювання пупкового залишку,
- профілактичне введення вітаміну К,
- стандартизація та суворе дотримання технологій базового неонатального догляду (сприяння ранньому грудному вигодовуванню, дотримання ланцюга теплового захисту, створення розвиваючого оточення, метод «мати-кенгуру» та ін.) [29].

У країнах з високим рівнем плодово-малюкових та материнських втрат вирішальне значення має переорієнтація на регіоналізацію перинатальної допомоги [2, 31].

Перинатальні втрати є міждисциплінарною проблемою [27]. Стратегії медичного супроводу матері та дитини потребують:

- забезпечення широкого доступу до сервісу,
- ранньої ідентифікації ступеня ризику,
- забезпечення тісного зв'язку рівнів медичної допомоги з відповідними ризиками у матері та дитини,
- гарантування суворого дотримання стандартів, безперервності та всебічності допомоги,
- ефективне використання ресурсів,
- попередження використання ресурсів.

Для успішного впровадження стратегій повинні бути ідентифіковані та еліміновані структурні, фінансові та культурні бар'єри (рис.1).

Отримані численні докази вирішального впливу здоров'я при народженні та протягом періоду ранньо-



Рис. 1. Багатофакторна залежність репродуктивного здоров'я

го дитинства обумовлюють необхідність впровадження політики та інтервенцій, які можуть покращити такі наслідки. Важливість стану здоров'я матері не тільки під час настання вагітності, але також у період її планування, підкреслюються багатьма фахівцями не тільки перинатальної галузі [12, 19, 28]. Вважають, що біологічні, поведінкові, психологічні ризики та вплив оточуючого середовища можуть критично впливати на стан нащадків. Зокрема, материнське здоров'я до, під час та між вагітностями, умови народження, рівень закладу, який надає допомогу, впливають на стан народженої дитини [12, 28].

Частота розладів стану здоров'я вагітних жінок, як соматичного характеру, так і акушерсько-гінекологічного спектру, свідчить на користь розвитку

політики та програм, які підкреслюють важливість обстеження жінок, як одного з важливих шляхів зменшення ризику негативних перинатальних наслідків. Материнські фактори ризику, які впливають на стан майбутньої дитини, включають хронічну патологію, фізичний розвиток, стан харчування, доступ до медичних закладів відповідного профілю, вживання алкоголю та паління, проблеми психічного здоров'я, зокрема, депресія (рис.2).

Історія регіоналізації перинатальної допомоги. Вперше регіоналізація перинатальної допомоги у вигляді розвитку центрів для передчасно народжених дітей розпочалася у 1930-1940 роках у США [7, 17, 21]. З цього часу центри для недоношених дітей розповсюджувалися по всій країні та були маленьким

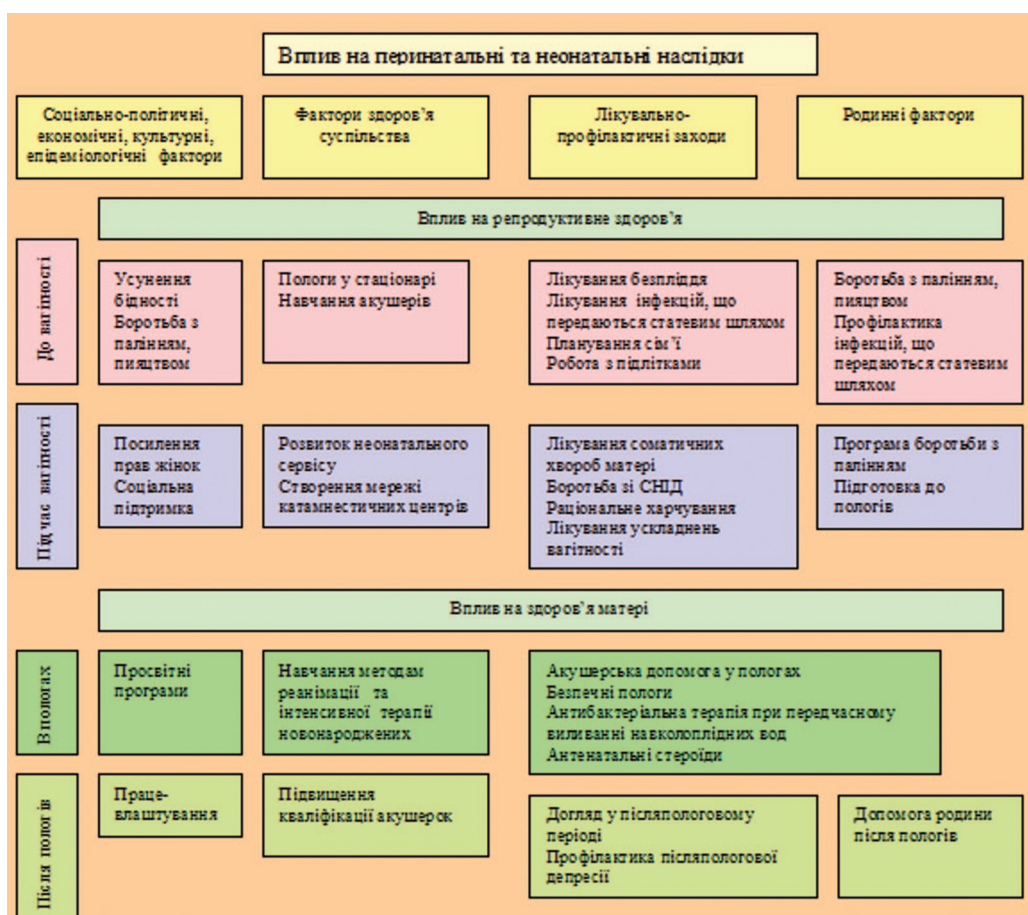


Рис. 2. Шляхи впливу на перинатальні/неонатальні наслідки в області репродуктивного здоров'я матері

кроком до стандартизації перинатальної допомоги з впливом на дитячу смертність. Набагато пізніше зусилля для впровадження регіональних програм з метою покращання доступу до медичних установ, збільшення числа відповідних спеціалістів або переміщення фахівців були фінансовані за рахунок федерального бюджету. Залучення великої кількості державних, приватних та волонтерських фондів фінансування, які на той час були розрізненими за напрямками та засобами впливу, сприяли позитивним результатам регіоналізації на неонатальні наслідки [18]. Так, з 1959 до 1965 року малюкова смертність становила 25 на 1000 народжених. Протягом наступних 15 років на фоні розвитку регіональних перинатальних центрів малюкова смертність знизилася на 50 %, до 13 на 1000. У подальшому малюкова смертність ніколи не знижувалася так драматично, але і перинатальна регіоналізація не розвивалася такими швидкими темпами, як раніше. На сьогодні малюкова смертність у США становить 6,8 на 1000, з удвічі збільшеною частотою серед темношкірого населення (14/1000) проти світлошкірого (5,7/1000).

У той самий час, як покращання перинатальних наслідків стали найбільшим надбанням програми, регіональна перинатальна освіта, збільшення ролі медичних сестер, міжлікарняна взаємодія, розподіл сервісу та систем розвитку були ідентифіковані, як досягнення з погляду макроконцепції регіоналізації [13, 30]. У подальшому саме покращання якості перинатальної допомоги стало найбільшим інструментом для покращання наслідків для матерів та їх

дітей.

Видання у 1976 р. книги «Покращуючи наслідки вагітності» - *Toward Improving the Outcome of Pregnancy: Recommendations for the Regional Development of Maternal and Perinatal Health Services* (ТІОР I, White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation) визнано як історична подія від формального прийняття концепції регіонального розподілу ресурсів відповідно до потреб та як поштовх для швидкого розповсюдження регіоналізації у США [32]. Федеральне та державне керівництво агенцій з материнського та дитячого здоров'я активно залучалися у впровадження політики та імплементацію програми. Ця програма дозволила досягти вражаючих успіхів по зниженню рівня перинатальної смертності та захворюваності та продовжує розвиватися.

Наприкінці XIX сторіччя така перинатальна активність, як ідентифікація ризиків, транспортування пацієнтів, впровадження технологічно удосконаленого устаткування та використання концепції рівнів медичної допомоги стало стандартом догляду [2, 4]. Збільшення кількості неонатологів більше ніж у 4 рази та розвиток мережі неонатальних відділень інтенсивної терапії, часто у маленьких лікарнях, генерувало проблему «дерегіоналізації». Тому в 1993 р. перевидання керівництва ТІОР II включило наступні рекомендації: поширити рекомендації з головним наголосом на лікарняному догляді навколо часу народження для досягнення найбільш всебічного спектру, що включає пренатальну та прекоцепційну до-

помогу; розповсюдити використання електронних систем даних для покращання якості допомоги та підвищення відповідальності; посилити роль регіональних перинатальних центрів [17, 31]. Єдиний погляд на програму з регіоналізації значно покращив якість перинатальної допомоги.

Вважається, що саме впровадження у систему перинатальної практики визначення рівнів надання медичної допомоги, яке було деталізовано та описано Американською академією педіатрів та Американською колегією акушерів-гінекологів у національних рекомендаціях, допомогло досягти якості допомоги у складному забезпеченні сервісу перинатального догляду [2, 4, 32].

Смертність передчасно народжених дітей збільшується при народженні поза закладами III рівня. Аналіз 41 американського та не американського досліджень від 1976 до 2010 рр. для глибоко недоношених дітей становить 38 проти 23% [7, 21, 22]. До 60-70 % у структурі ранньої неонатальної смертності становить передчасне народження. Біля 85 % немовлят з дуже низькою масою тіла при народженні виписуються додому після лікування у великих перинатальних центрах [24]. Протягом 2 років після виписки до 5 % з них помирають від ускладнень, які пов'язані з передчасним народженням [2, 21, 29].

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 [8, 22].

В області перинатального сервісу існує широке різноманіття моделей, яке залежить від ставлення суспільства та держави до кількості та потужності пологових закладів та їх зв'язків із спеціалізованими неонатальними закладами або відділеннями. Вважається, що велика кількість малопотужних пологових закладів є небезпечним через низьку кваліфікацію персоналу. Наявність великих пологових закладів різних рівнів є запорукою народження дитини в установі, належній по групі перинатального ризику. У той самий час широка мережа спеціалізованих пологових закладів сприяє розвитку між лікарняних зв'язків для своєчасного та належного спрямування жінки.

Етапи розвитку перинатальної медицини в Україні.

Шляхом досягнення високої якості й ефективності перинатальної допомоги є концептуальна модель динамічного спостереження за станом здоров'я жінок репродуктивного віку та їх дітей, яка базується на створенні трирівневої системи надання медичної допомоги, формуванні єдиної інформаційної національної мережі, провідна роль у якій належить перинатальним центрам, індивідуального підходу та дистанційних технологій маршрутизації вагітних та новонароджених.

Світовим досвідом обґрунтовано необхідність створення при перинатальних регіональних центрах спеціалізованих підрозділів (відділення катамнезу дітей з перинатальною патологією, відділ інформаційних та телемедичних технологій, відділ дистанційної освіти та консультування, центр медико-психологічної і педагогічної реабілітації) [13, 22, 23, 24, 25]. Вимогами ефективного функціонування системи регіональної перинатальної допомоги є реально

діюча система оцінки якості медичної допомоги та її інтеграції зі спеціалізованими закладами [30]. Фахівцями з перинатальної медицини рекомендовано розширення меж профілактики перинатальних факторів ризику на прегравідарний період у жінок репродуктивного віку та протягом перших трьох років дитини.

Основи перинатальної служби були закладені із започаткуванням організації палат другого етапу виходжування в акушерських стаціонарах з наступним створенням відділень виходжування новонароджених при дитячих лікарнях та спеціалізованих пологових будинках. Новим кроком стала організація перинатальних центрів на функціональній основі для вагітних високого ризику з перинатальної патології. Така перебудова сприяла позитивній динаміці показників репродуктивного здоров'я та репродуктивних втрат. Однак, тільки регіоналізація перинатальної допомоги зі створенням сучасних регіональних центрів III рівня, реструктуризація за рівнями надання медичної допомоги та маршрутизація пацієнтів, впровадження стандартів на засадах доказової медицини є сучасним підходом до системи охорони здоров'я матері та дитини.

До початку програми регіоналізації перинатальної допомоги в Україні існувала широка мережа рододопомічних закладів, включаючи розгалужену систему амбулаторної допомоги, що, з першого погляду, забезпечувало доступність медичної допомоги. Але високий ризик ускладнень та негативні показники материнської та малюкової смертності у закладах з низькою потужністю, висока частота інвалідності, гальмування впровадження новітніх технологій виходжування та стандартів надання допомоги, недостатнє забезпечення високо технологічним обладнанням, високий рівень економічних витрат було підґрунтям розробки концепції регіоналізації перинатальної допомоги [1].

Відповідно до Національного проекту, який стартував у 2011 р., державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», Закону України від 05.03.09 р. № 1065 про Загальнодержавну програму до 2016 р. «Національний план дій відносно реалізації Конвенції ООН про права дитини», Постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849 «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», були розроблені нормативно-правові основи з регіоналізації перинатальної допомоги. У рамках цього проекту створено низку наказів МОЗ України, які обґрунтували та забезпечили закріплення зон обслуговування за перинатальними центрами, розподілення потоку при госпіталізації за рівнями, затвердили форми моніторингу показників, визначили органи оперативного контролю та клінічного аудиту, запровадили моніторинг основних показників роботи перинатальних центрів та в цілому по регіонам, створили підґрунтя до створення системи безперервного підвищення кваліфікації персоналу та якості перинатальної допомоги [1].

Характеристика перинатальної допомоги в Україні, яка обумовила необхідність впровадження реструктуризації та регіоналізації:

- відсутність єдиної моделі надання медичної допомоги новонародженим в Україні;
- розташування відділень інтенсивної терапії но-

вонароджених (ВІТН) у лікувальних закладах усіх рівнів та типів;

- наявність відділень інтенсивної терапії, у яких об'єднані педіатричні та неонатальні ліжка;
- відсутність нормативних документів щодо кількості ліжок ВІТН на 1000 народжених;
- диспропорційність забезпечення різних областей ліжками неонатальної інтенсивної терапії;
- відсутність можливостей для цілодобового лабораторного обстеження новонароджених у більшості неонатальних ВІТН;
- низький рівень забезпечення комп'ютерами та доступом до Інтернету для автоматичного ведення стандартизованих медичних форм та дистанційного консультування;
- відсутність єдиних уніфікованих стандартизованих комп'ютерних програм для ведення лікувально-діагностичного процесу;
- вкрай низький рівень укомплектованості ВІТН лікарським персоналом та медичними сестрами відповідної кваліфікації;
- рівень оснащення не відповідає існуючим нормативам та міжнародним стандартам;
- висока питома вага дітей, які народжуються у акушерських стаціонарах без ліжок інтенсивної терапії і, як наслідок, значна питома вага дітей, які транспортуються у дитячі лікарні з акушерських стаціонарів;
- лікування новонароджених з екстремально малою масою тіла при народженні у лікарнях усіх рівнів;

- диспропорційність показника летальності у різних ВІТН, що свідчить про дефекти організації служби в різних регіонах.

Регіоналізація перинатальної допомоги: визначення, шляхи впровадження.

Головною метою створення галузі перинатальної медицини є зниження материнської та малюкової смертності через забезпечення принципу вільного доступу до висококваліфікованої медичної допомоги з максимальною ефективністю економічних вкладів. Концепція регіоналізації перинатальної допомоги базується на теорії рівнів догляду для забезпечення відповідності між рівнем клінічних навичок та необхідними умовами догляду [4, 5, 23]. Такий підхід забезпечується розвинутою інфраструктурою транспорту, наявністю засобів зв'язку, мережі медичних установ та спеціалістів різних категорій та рівнів.

Основними принципами перинатальної регіоналізації є географічна та комунікаційна доступність, медико-технічна і матеріальна доступність, людські ресурси, доступність втручань, які базуються на доказовій медицині та наявність науково-дослідницьких установ з охорони здоров'я матері та дитини або клінічних баз кафедр медичних інститутів [2, 4, 5, 13, 22, 31].

Розвиток регіоналізації також обумовлений неможливістю всіх акушерських лікарень підтримувати вимоги до забезпечення сучасним обладнанням, впровадження інноваційних технологій догляду та забезпечення кадрами.

Регіоналізація системи перинатальної допомоги рекомендована для забезпечення умов, які відповідають стану здоров'я матері та дитини, а також, сприяють досягненню оптимальних наслідків з максимальним економічним ефектом.

Регіоналізація покращує наслідки для пацієнтів

через два механізми: покращені наслідки при великих обсягах у високо спеціалізованих центрах та покращену координацію догляду у межах географічного регіону [35].

- Кроки регіоналізації:
 - паспортизація ЛПУ,
 - ефективне фінансування,
 - розподілення закладів регіону за рівнями надання медичної допомоги,
 - оснащення та модернізація відділень,
 - розрахунок та організація достатньої кількості ліжок,
 - розробка маршрутизації пацієнтів у межах регіону та держави,
 - аудит якості та ефективності регіоналізації за специфічними показниками, аналіз безпеки, дотримання стандартів лікування [7, 13, 23].

Державна перинатальна регіоналізація, також відома як регіональні перинатальні центри або система регіональних перинатальних центрів, може бути описана як скоординована система допомоги, яка пропонує весь діапазон сервісу вагітним жінкам та їх немовлятам, існує по всій державі у досяжному географічному районі; у цих лікарнях є відповідні технології для забезпечення сервісу вагітним та їх дітям; вагітні та діти спрямовуються таким чином, що догляд відповідає їх потребам (відповідно рівню медичної допомоги); існує відповідний транспорт між різними рівнями закладів перинатальної допомоги, бажано до розвитку ускладнень; покращання якості, у формі регулярного обміну серед родопомічних закладів у регіоні, огляду та обговорення правомірності та своєчасності і наслідків переводів; результати різних процесів і перинатальні наслідки накопичуються, аналізуються та розповсюджуються не тільки для покращання якості, але й для інформування регіональних учасників перинатального сервісу [1, 13, 16].

Пропозиції наступних ключових стратегій: залучати професіоналів для поєднання зусиль; створювати та розвивати регіональні команди для досягнення кінцевих результатів міжнародних та національних проектів та діяльності, що спираються на доказові дані; створення міжрегіонального консорціуму для забезпечення взаємодії серед регіональних команд (міжрегіональні зусилля необхідні для інтеграції регіональних спроб та створення широкої бази для загального вивчення, регулярні засідання є механізмом для розділення стратегій, уроків та ідей); розвиток структури, вимог та дій у регіональній перинатальній програмі (дизайн за принципами Data Use Institute та Centers for Disease Control and Prevention (CDC), який передбачає 4 провідних принципи – фокусування на використанні даних, наголос на команді, закріплення лідерства у ядрі команди, використання суміші технологічних методів та аудит просвітних принципів) [2, 27, 31]. Члени таких регіональних команд повинні володіти медичними, статистичними, епідеміологічними навичками, знаннями в області здоров'я суспільства та державних програм. Це повинна бути модель суспільної, перехресної поведінки, необхідної для регіонального рівня.

Регіоналізація є критичною для покращання перинатальних наслідків:

- організація координованого продовження перинатальної допомоги

натального сервісу у географічному регіоні,

- збільшення виживання дітей з груп високого ризику,
- концентрація відносно рідких випадків у декількох установах,
- централізація високо коштовних технологій,
- забезпечення можливостей для клінічних команд щодо підвищення кваліфікації [6, 8, 20, 22, 28, 32].

Інші фактори, які можуть впливати на перинатальні наслідки:

- обсяг ВІТН, який обумовлює рівень кваліфікації персоналу,
- рівень акушерського сервісу (антенатальні стероїди, антибактеріальна терапія при передчасному виливанні навколоплідних вод),
- рівень штату медичних сестер,
- статус населення (рівень життя у регіоні, расові та культурні особливості),
- підходи до агресивної реанімації,
- вроджені аномалії – типово не рахуються,
- друковані інструкції [2, 5, 13, 18, 21].

В Україні регіоналізацію перинатальної медичної допомоги проводять відповідно до світових стандартів з визначення рівнів допомоги:

I – основний, допомога здоровим новонародженим із забезпеченням персоналом та обладнанням для виконання неонатальної реанімації, оцінки стану дитини, проведення постнатального догляду, стабілізації дитини до переводу її на відповідний рівень забезпечення (за необхідністю);

II рівень – спеціалізований, проведення догляду для дітей, порушення стану здоров'я яких повинні розрішитися у короткий відрізок часу або для тих, хто відновлюється після інтенсивного лікування;

III рівень – найвищий рівень спеціалізації, проведення всебічної допомоги для критично хворих дітей, включаючи виходжування глибоко та екстремально недоношених новонароджених, проведення хірургічних втручань, застосування інноваційних методів діагностики та лікування [4].

Перегляд рівнів неонатальної допомоги при паспортизації лікувальних закладів є основою для порівняння наслідків по стану здоров'я, використаним ресурсам та вартості догляду, уніфікації визначень для педіатрів та інших професіоналів охорони здоров'я, які приймають участь в організації догляду за новонародженими, та їх батьків, базою для постійної стандартизації догляду інститутами та іншими організаціями, сфокусованими на покращання

перинатальної допомоги.

Ефективність регіоналізації визначається ступенем інтеграції міністерств та відомств (МОЗ України, НАМН України, МОН, МНС та ін.), що базується на уніфікації термінології, загальній базі даних, стандартах медичного супроводу на засадах доказової медицини та найкращих світових практик [18, 30, 31].

Регіоналізація перинатальної медицини – оптимальний варіант перебудови цього сектору медичної допомоги, але на теперішній час вона нажалі не відповідає існуючій нормативно-правовій базі, а система фінансування не дозволяє провести повний обсяг реструктуризації та здійснити функції, особливо в установах II рівня.

Реструктуризація за рівнями передбачає не тільки створення мережі перинатальних центрів та їх технічне оснащення в умовах регіоналізації допомоги матерям та їх дітям. Необхідною є розробка організаційних моделей перинатальної допомоги у кожному регіоні в залежності від його особливостей, створення алгоритмів ведення патологічних станів у вагітних та їх дітей на всіх рівнях надання медичної допомоги, визначення листів маршрутизації у регіоні, організацію системи підготовки регіональних тренерів з акушерства і неонатології з навчанням у стимуляційних центрах, запровадження єдиних стандартів для проведення аудиту, моніторингу діяльності закладу, експертної оцінки ефективності, якості лікування та безпеки пацієнтів.

Запровадження регіоналізації перинатальної допомоги сприяло змінам парадигми освіти медичного персоналу. Сучасна медична освіта не є універсальними знаннями на все життя, а процес безперервного навчання, який закінчується лише після припинення медичної практики. В умовах реформування перинатальної допомоги доцільний перегляд стандартів освіти з впровадженням постійного проблемно-орієнтованого навчання на засадах інтерактивного підходу, що включає перегляд підходів до основних акушерських та неонатальних станів, оцінку технічних можливостей моніторингу з його стандартизацією, навчання статистичним основам, огляд та оцінку сучасних методів візуалізації, розвиток володіння методами неінвазивної діагностики [11, 19, 30].

Кваліфікаційний рівень проведення медичного супроводу пологів та ведення новонароджених визначає рівень виживання дітей у неонатальний період (рис.3).

У рамках реорганізації перинатальної допомоги в Україні розпочато підготовку медичних кадрів від-

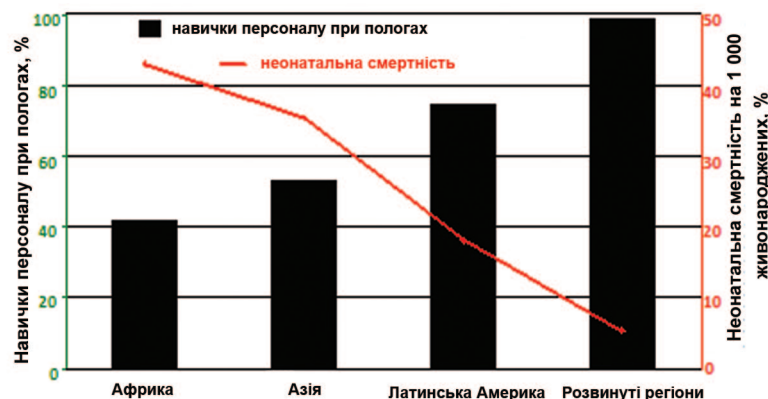


Рис.3. Кваліфікація персоналу та рівень неонатальної смертності

повідно до міжнародних стандартів: постійно діючі семінари, тренінги, підготовка на робочих місцях, тематичне удосконалення, відпрацювання практичних навичок в учбових центрах.

Проблемним залишається підвищення рівня фахівців середнього медичного персоналу, для яких необхідний перегляд програм навчання, розвиток системи післядипломної освіти, дистанційного навчання, створення навчально-симуляційних центрів для оволодіння практичними навичками. У цьому напрямку вже традиційними стають науково-практичні конференції для медичних сестер, які працюють у неонатальних відділеннях інтенсивної терапії та/або фізіології. У 2014 році у рамках діяльності українсько-швейцарської програми «Здоров'я матері та дитини» видано «Посібник для дитячих медичних сестер відділень новонароджених», у якому висвітлені стандартизовані підходи до неонатального догляду та проведеному втручанню.

Перспективою для підвищення якості надання допомоги та удосконалення роботи перинатальних центрів є створення багатofункціональних учбових центрів з безперервного навчання професіоналів. Основою роботи таких центрів є не тільки традиційне навчання, але й розвиток дистанційного навчання, тематичних телеконференцій та тренінгів, широкий доступ до професійних Інтернет-ресурсів, відпрацювання навичок у симуляційних центрах [9, 11, 14, 25].

Запорукою високої якості надання медичної допомоги матерям та дітям у перинатальному центрі є дотримання визначених стандартів, які базуються на нормативно-правовій базі, покрокове виконання клінічних протоколів, а також постійне підтримання професійного рівня усіх учасників як процесу медичного супроводу вагітної, так і догляду за новонародженими. Для забезпечення виконання цих умов необхідна постійна робота низки навчальних тренінгових центрів різних рівнів [11, 13, 30, 35].

Симуляційні центри на теперішній час є світовим стандартом підготовки фахівців. Це пов'язано з тим, що симуляційний тренінг реалістично створює ключові візуальні, слухові, тактильні симуляції реальних клінічних ситуацій для закріплення досвіду, який імітує стани, які зустрічаються при роботі з реальними пацієнтами. Відповідно вимог ААР (Американської Академії Педіатрів), лікар, який працює у неонатальних відділеннях інтенсивної терапії, повинен пройти не менше 100 годин теоретичного та практичного навчання кожні 2 роки, з ресертифікацією Національним комітетом з сертифікації лікарів кожні 5 років [13, 15].

Враховуючи вище наведене, в Україні назріла необхідність створення національного/ регіональних тренінгового центру, на базі якого сертифіковані та досвідчені тренери-спеціалісти з акушерської та неонатальної медицини зможуть сформувати та навчити команду для кожного колективу в залежності від потреб регіону. Національний або регіональні (південний, північний, західний, східний, центральний) тренінгові центри зможуть надавати методично-організаційну допомогу мережі регіональних перинатальних центрів та будуть виступати експертами всіх тяжких випадків (материнська смертність, перинатальні втрати, інвалідність дитини за перинатальними чинниками). Метою роботи тренінгового центру також є перегляд та впровадження націо-

нальних стандартів з перинатальної медицини та педіатрії раннього віку. Створення ресурсних симуляційних центрів при кожному регіональному центрі III рівня у подальшому дозволить підвищити кваліфікацію фахівців до найвищого рівня, відпрацювати новітні методи втручань, забезпечити безперервну освіту спеціалістів як ПЦ, так і регіональних перинатальних закладів інших рівнів.

Доцільним є погодження програм підготовки спеціалістів у тренінговому центрі з програмами підготовки студентів та лікарів під час післядипломної освіти на відповідних кафедрах.

Більшість випадків неонатальної смертності та захворюваності може бути попереджена простими низьковитратними втручаннями, спрямованими на покращання якості охорони здоров'я, організації системи охорони здоров'я та участі родини та суспільства [11, 12, 20]. Основними сферами тренінгів є:

- дисемінація використання міжнародних визначень перинатальних та неонатальних станів;
- впровадження концепцій ефективності, безпечності, факторів ризику, ведення випадків, цілісного єдиного підходу до пацієнта;
- забезпечення доказової політики догляду та фінансово ефективних втручань, міждисциплінарного співробітництва, комунікації та консультування;
- покращання реєстрації клінічних даних та накопичення епідеміологічних даних та їх оцінка;
- обговорення підходів до перинатального сервісу та укріплення системи охорони здоров'я, практик родини та суспільства.

Дистанційне навчання явило обнадійливі результати для безперервного тривалого навчання лікарів та медичних сестер. Ця модель зв'язку ідеально підходить для спеціалістів віддалених районів. Навчання та консультування, що базується на засобах телемедицини, у комбінації з дисемінацією протоколів, може бути ефективним у покращенні доступу до необхідної спеціалізованої допомоги для ведення вагітності високого ризику, особливо у сільських районах та при недостатньому забезпеченні штатів [9, 14, 25, 26].

Наданням реалізації національного проекту з регіоналізації перинатальної допомоги є створення сучасної системи телекомунікаційних зв'язків, що значно вплинуло на покращання якості медичної допомоги і підвищення кваліфікації персоналу [9]. Створення такої системи дозволило не тільки проводити науково-практичні конференції одночасно по всім регіонам, але й швидко організувати консультації з провідними спеціалістами спеціалізованих закладів (генетики, кардіологі, хірурги, пульмонологи, спеціалісти УЗД та ін.) для вирішення питань діагностики і лікування як для вагітних, так і для їх дітей. Можливість прямого контакту з персоналом перинатальних центрів (ПЦ) дозволяє швидко трансформувати доказові дані у клінічну практику, розповсюдити рекомендації для стандартизації допомоги. Особливо цінним, але водночас відповідним, є консультування спеціалістів, які орієнтуються на моделі розпізнавання – радіологи, офтальмологи, судинні спеціалісти [26].

Якість медичної допомоги у системі регіональних перинатальних центрів визначається як ступінь відповідності характеристик наданої медичної допомоги потребам та очікуванням пацієнтів, сучасному

рівню медичних технологій та ресурсів [2, 28, 31].

Принципи удосконалення роботи ПЦ базуються на системі принципів удосконалення управління якістю, яка була запропонована у 1980 р. Уільямом Демінгом:

- постійна мета – безперервне покращання сервісу



- пріоритет - управління над контролем
- безперервне навчання персоналу на місцях
- заохочення постійного навчання та самоосвіти
- персональний вибір програм навчання.

Для визначення відповідей на питання: «чи робимо ми те, що потрібно?» та «чи робимо ми так, як потрібно?» – запропоновано систему моніторингу перинатальної допомоги (рис. 4).



Рис.4. Система моніторингу перинатальної допомоги – інструмент інтегрованого управління якістю

моги сприяла зміні парадигми погляду на стан пацієнта [31, 33]. Якщо у XIX-XX сторіччях на підставі діагностики патологічного стану призначалося відповідне лікування, то на кінець XX – початок XXI сторіччя встановлення схильності пацієнта до патологічних станів сприяло розвитку системи раннього виявлення та профілактики захворювань.

Ефективна оцінка якості роботи ПЦ можлива лише за умов правильної статистики на всіх рівнях надання медичної допомоги матерям та дітям у регіоні. Адекватна статистика є інструментом управління ситуацією [1, 2, 30, 31, 35].

Оцінка якості діяльності повинна проводитися у двох напрямках:

1. оцінка стандартних демографічних та статистичних показників;

2. тестування змін за специфічними індикаторами (коефіцієнт централізації за питомою вагою неонатальної смертності, передчасних пологів на кожному рівні, індекс неонатального транспортування, індекси застосування стандартів при веденні вагітності, пологів та основних патологічних станів для матері та новонародженого).

Основні причини недостатньої концентрації вагітних та дітей високого ризику у закладах III рівня надання медичної допомоги:

- дефіцит реанімаційних ліжок,
- недостатня оснащеність відділень ПЦ III рівня,
- недостатня концентрація вагітних із загрозою

передчасних пологів до 32 тижнів в установах перинатальної допомоги III рівня.

Основні причини незадоволення медичною допомогою:

- дефіцит медичних кадрів,
- недостатність матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних установ,
- незручний графік роботи,
- обмеження доступності окремих видів медичної допомоги,
- недотримання персональних норм етики,
- нераціональне обмеження лікувально-діагностичного процесу.

Зовнішньополітичний курс України на інтеграцію держави у європейські структури обумовлює увагу суспільства, зокрема медичного, до розвитку інформаційних технологій. Основна ідея світових проєктів медичних інформаційних систем полягає у створенні інтегрованих систем цілих міст та регіонів у єдину національну галузеву мережу [10, 14, 15, 25, 31].

Поштовхом для створення вітчизняної медичної інформаційної системи DORADO була потреба в оперативному аналізі та моніторингу перинатальних показників, необхідність оцінки ефективності та безпеки нових перинатальних технологій та забезпечення наступності у роботі міждисциплінарної команди, включаючи етап катamnестичного спостереження за немовлятами групи високого ризику з розвитку хронічної захворюваності, інвалідності та затримки розвитку.

Застосування автоматичної інформаційної системи надасть можливість:

- ведення уніфікованої єдиної електронно-паперової медичної документації та звітності,
- отримання у реальному часі інформації про якість перинатальної допомоги,
- створення єдиної бази пацієнтів за будь-якими нозологіями в умовах як стаціонарного, так і амбулаторного лікування,
- удосконалення системи наступності різних підрозділів та етапів догляду,
- оновлення стандартів та протоколів,
- постійного системного моніторингу індикаторів якості та безпеки лікувально-діагностичного процесу,
- використання обґрунтованих математичних підходів до розрахунку медикаментів та засобів медичного призначення, контролю їх використання,
- автоматичного внесення лабораторних та інструментальних даних у єдину базу пацієнтів,
- контроль лікарських призначень.

На теперішній час впровадження автоматизованої інформаційної системи набуває нового змісту у зв'язку з необхідністю подальшого формування єдиного національного інформаційного простору для дійсної стандартизації перинатальної допомоги, забезпечення якості медичного супроводу, отримання у реальному часі статистичних даних.

Впровадження системи реорганізації перинатальної допомоги сприяло:

- створенню тривірневої системи перинатальної допомоги, яка забезпечує всім спектром медичних послуг вагітних та їх дітей у регіонах, де розпочато реструктуризацію,
- координації та маршрутизації вагітних відповідно до патології та групи ризику з найбільш оптимальним використанням ресурсів та фінансів,
- розвитку транспортування між різними рівнями

медичної допомоги у регіоні,

- формуванню єдиної бази даних, аналіз та дисемінація якої дозволить не тільки підвищити якість допомоги, але й дозволить своєчасно скорегувати зусилля на подолання негативних факторів (адміністративно-управлінських, фінансових, медико-соціальних),

- більш оптимальному використанню ресурсів,
- централізації високо коштовних технологій,
- розвитку культури клінічної експертизи та принципів безпеки пацієнтів.

Система оцінки ефективності регіоналізації перинатальної допомоги проводиться за наступним:

- оцінка матеріально-технічного стану закладів,
- дотримання протоколів та стандартів, єдиних по всій території України,

- оцінка якості надання медичної допомоги дітям з екстремально низькою масою тіла,

- рівень навичок реанімації та інтенсивної терапії у відповідності з міжнародними та національними стандартами,

- аналіз випадків материнської смертності, ускладнень у пологах і післяпологовому періоді,

- визначення задоволеності населення якістю медичної допомоги,

- оцінка інтенсивності та повноти підготовки медичних кадрів.

Оцінка регіоналізації за пілотними регіонами реорганізації перинатальної допомоги встановила, що розподіл жінок за рівнями надання медичної допомоги відповідає як орієнтовно розрахунковим показникам, так і аналогічним даним країн із закінченою системою регіоналізації перинатальної допомоги.

За умов зростаючого рівня консультації індекс неонатального транспорту (перевід новонароджених на більш високі рівні надання медичної допомоги) знижується, що свідчить про покращання якості маршрутизації вагітних за групами ризику та розвиток технологій дистанційного консультування. Так, якщо до

впровадження регіоналізації перинатальної допомоги переводилось більше 6 % новонароджених, то за 9 місяців 2014 р. – тільки 3,4 %, з коливаннями показника від 6,2 % у Житомирській, 4,7 % у Запорізькій, 4,8 % у Рівненській, до 0,65 % у Полтавській та 2,27 % у Дніпропетровській областях (рис.5).

Слід зауважити на високий відсоток дітей, які були



Рис.5. Частота переведення новонароджених із пологових стаціонарів, %

переведені з перинатальних центрів у дитячі обласні лікарні, що свідчить про необхідність подальшого розвитку повного комплексу катамнестичного спостереження за новонароджених при регіональних ПЦ.

Показник виживання новонароджених з низькою та дуже низькою масою тіла є чутливим індикатором ефективності діяльності ПЦ. За даними моніторингу, виживання новонароджених з масою тіла до 1000 г у перші 168 годин життя прямо залежить від кваліфікації та технічного оснащення пологового закладу. Для дітей з масою тіла більше 1500 г така залежність виражена менше (рис.6).

Проблемним питаннями регіоналізації перинатальної допомоги лишаються:

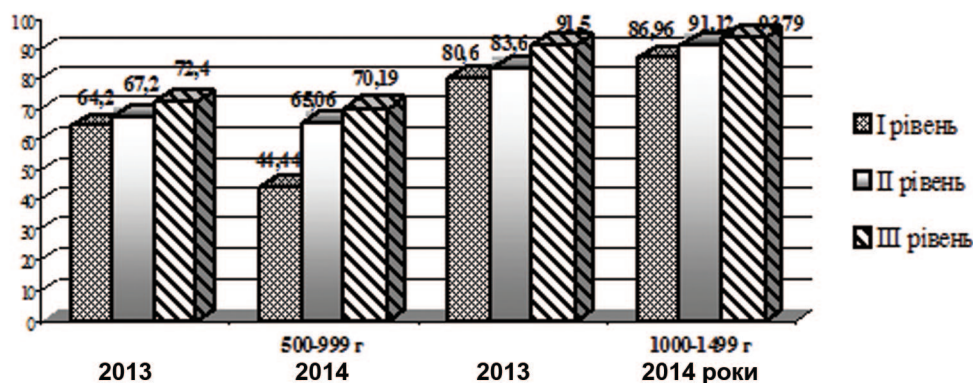


Рис.6. Показник виживання глибоко та екстремально недоношених новонароджених у залежності від рівня надання медичної допомоги, %

- припинення подальшої реструктуризації перинатальної допомоги та необхідність до організації ПЦ III рівня у всіх регіонах,

- недостатньо ефективну організацію ПЦ II рівня через існуючу систему фінансування,

- відсутність єдиної інформаційної системи для проведення консультування та проведення дистанційного навчання для всіх рівнів перинатальної допомоги,

- створення національного та регіональних симуляційно-тренінгових центрів,

- створення єдиного електронного реєстру новонароджених,

- подальша розробка нових та перегляд існуючих клінічних протоколів відповідно новітнім світовим підходам та стандартам,

- здійснення державного фінансування ПЦ у повному обсязі,

- закінчення повного циклу виходжування новонароджених через створення системи катамнестичного спостереження.

Регіоналізація перинатальної допомоги дозво-

лила активно впроваджувати у практику інтенсивної неонатології інноваційних технологій [3, 17, 20, 24]. Застосування принципів розвиваючого догляду та створення розвиваючого оточення стали сьогодні роботою відділень інтенсивної терапії новонароджених. Широко впроваджуються принципи догляду, орієнтованого на родину, зокрема метод «мати-кенгуру». Програми раннього втручання у неонатальних відділеннях, у родині та у спеціалізованих центрах включають методи навчання та догляду, які покращують когнітивні здібності, профілакують поведінкові розлади у дитини [19, 22]. Розвиваючий догляд (догляд з метою розвитку) – технологія допомоги, початкові елементи якого тільки починають впроваджувати у роботу неонатальних відділень, зокрема, у інтенсивній терапії. Раннє виявлення дітей з групи ризику по формуванню хронічної захворюваності або затримки розвитку дозволяє індивідуально розробити програми медичного супроводу і/або раннього втручання, що забезпечить не тільки кращий фізичний ріст, але й кращий психологічний розвиток.

Недостатньо наближеними до всіх ПЦ є високотехнологічні втручання у новонароджених. Однак слід зауважити, що кардіохірургічна і нейрохірургічна допомога стає все більш доступною для мешканців регіонів. Спостерігається розвиток офтальмологічної служби (обстеження у динаміці та лазерна коагуляція у передчасно народжених дітей з ретинопатією) [26].

Очікувані наслідки створення повної національної мережі регіональних перинатальних центрів:

- розуміння ініціатив покращання перинатальної допомоги населенню України як медичним персоналом, так і населенням;
- отримання зворотнього зв'язку, збільшення суспільної звітності та прозорості наслідків при всіх ініціативах покращання якості медичної допомоги;
- порівняння доказових альтернативних практик з ідентифікацією стратегій забезпечення впрова-

дження доказової медицини;

- забезпечення повного партнерства з вагітною та її родиною для розділення процесу прийняття рішень, навчання і підтримка родин щодо більш активної участі у догляді за дитиною;

- стандартизація перинатального сервісу по всій країні для різних рівнів медичної допомоги;

- зміцнення національної демографічної статистики (створення валідної бази даних, стандартизація супроводжуючих пацієнтів електронних історій хвороби, карт розвитку дитини та ін.)

Для закінчення регіоналізації необхідно:

- уніфікація адміністративно-медичної термінології та методів визначення рівнів медичної допомоги (завершення паспортизації закладів);

- створення єдиної акушерсько-неонатальної бази даних та національних стандартів;

- інформаційне забезпечення (професійні сайти, дистанційне забезпечення, дистанційне консультування, диспут до світових професійних баз);

- визначення пріоритетних напрямків для кожного регіону;

- ротація кадрів для оновлення інформації та набуття навичок з матеріальним стимулюванням відповідно до міжнародної практики;

- перинатальні навчальні програми на всіх рівнях та тренінгові семінари на місцях;

- розвиток системи публічної освіти на всіх рівнях, включаючи школи, професійно-технічні заклади, вищі навчальні заклади;

- затвердження таких субспеціальностей, як дієтолог, респіраторний терапевт, фізичний терапевт, клінічний фармаколог, спеціаліст з ведення неонатальних розладів ковтання (мовно-язиковий патолог), а також розширення штатів ПЦ за рахунок цілодобових спеціалістів з УЗ діагностики, лабораторних досліджень, а також спеціалістів для забезпечення катамнестичного спостереження та психологічної реабілітації дітей, які мають в анамнезі пренатальну патологію.

Література

1. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичні настанови; за ред. Р.О. Моїсеєнко.– Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
2. AAP Committee on Fetus and Newborns: Guidelines for Perinatal Care; L.Riley, A.Stark eds. – [7th ed.]. – 2012.
3. Alternative versus conventional institutional settings for birth / E.D.Hodnett, S.Downe, D.Walsh [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews.–2010.–Iss.9: CD000012.
4. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Levels of neonatal care // Pediatrics.–2004.–Vol.114(5).–P.1341–1347.
5. Audibert F. Regionalization of perinatal care: did we forget congenital anomalies? / F. Audibert // Ultrasound Obstet Gynecol.–2007.–Vol.29.–P.247–248.
6. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom // BJOG.–2011.–Vol.118(Suppl.1).–P.1–203.
7. Changing patterns in regionalization of perinatal care and the impact on neonatal mortality / J.D.Yeast, M.Poskin, J.W.Stockbauer [et al.] // Am J Obstet Gynecol.–1998.–Vol.178.–P.131–135.
8. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the infant health and development program / M.C.McCormick, J.Gunn, S.L.Buka [et al.] // Pediatrics.–2006.–Vol.117.–P.771–780.
9. Efficacy of site-independent telemedicine in the STRoKE DOC trial: a randomized, blinded, prospective study / B.C.Meyer, R.Raman, T.Hemmen [et al.] // Lancet Neurol.–2008.–Vol.7(9).–P.787–795.
10. Electronic health record – public health (EHR-PH) system prototype for interoperability in 21st century healthcare systems / A.O.Orlova, M.Dunnagan, T.Finitzo [et al.] // AMIA Annu Symp Proc.–2005.–P.575–579.
11. Essential newborn care training activities: 8years of experience in Eastern European, Caucasian and Central Asian countries / F.Uxa, A.Bacci, V.Mangiaterra [et al.] // Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.–2006.–Vol.11.–P.58–64.
12. From knowledge to planning considerations: a matrix to assess health needs for the perinatal network

in eastern Paris / A.Serfaty, F.Gold, J.Benifla [et al.] // *European Journal of Public Health.*–2010.–Vol.21, №4.–P.504–511.

13. Guidelines for regionalization, hospital care levels, staffing and facilities: Tennessee perinatal care system [Електронний ресурс] / Workgroup on Regionalization Guidelines Revision and the Perinatal Advisory // Tennessee Department of Health Division of Family Health and Wellness.– Режим доступу: <http://health.tn.gov/MCH/PRP.shtml>.

14. Hall R.W. Neonatal regionalization through telemedicine using a community-based research and education core facility / R.W.Hall, J.Hall-Barrow, E.Garcia-Ril // *Ethnicity & Disease.*–2010.–Vol.20.–P.136-140.

15. Horbar J.D. The Vermont Oxford Network: A community of practice / J.D.Horbar, R.F.Soll, W.H.Edwards // *Clin. Perinatol.*–2010.–Vol.37(1).–P.29-47.

16. Jezek A. Health reform implementation timeline abridged version [Електронний ресурс] / A.Jezek, C.Mullen. – 2010. – Режим доступу: www.medicarerights.org, www.medicareinteractive.org

17. Kliegman R.M. Neonatal Technology, Perinatal Survival, Social Consequences, and the Perinatal Paradox / R.M.Kliegman // *AJPH.*–1995.–Vol.85.–P.909-913.

18. Lezine D.A. Political will: a bridge between public health knowledge and action / D.A.Lezine, G.A.Reed // *Am J Public Health.*–2007.–Vol.97.–P.2010–2013.

19. Lorch S.A. The regionalization of pediatric health care: a state of the review / S.A.Lorch, S.Myers, B.Carr // *Pediatrics.*–2010.–Vol.126(6).–P.1182–1190.

20. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis / J.Wax, F.Lucas, M.Lamont [et al.] // *Am J Obstet Gynecol.*–2010.–Vol.203.–P.1-8.

21. Neonatal, postneonatal, childhood and under-5-mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4 / J.K.Rajaratnam, J.R.Marcus, A.D.Flaxman [et al.] // *Lancet.*–2010.–Vol.375(9730).–P.1988-2008.

22. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis / S.M.Lasswell, W.D.Barfield, R.W.Rochat [et al.]// *JAMA.*–2010.–Vol.304.–P.992–1000.

23. Perinatal Services Guidelines for Care: A Compilation of Current Standard; D.L.Bollman ed.–Sacramento: California Department of Public Health, Maternal Child and Adolescent Health Division, 2011.–136p.

24. Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years / A.J.Spittle, P.J.Anderson, K.J.Lee [et al.] // *Pediatrics.*–2010.–Vol.126.–P.171–178.

25. Recommendations for the implementation of telemedicine within stroke systems of care: A policy statement from the American Heart Association / L.H.Schwamm, H.J.Audebert, P.Amarengo [et al.] // *Stroke.*–2009.–Vol.40(7).–P.2635–2660.

26. Stanford University Network for Diagnosis of Retinopathy of Prematurity (SUNDRP): 18-month experience with telemedicine screening / R.A.Silva, Y.Murakami, A.Jain [et al.] // *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.*–2009.–Vol.247(1).–P.129–136.

27. The Commonwealth Fund and the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Preconception Health and Health Care Initiative. Improving Primary and Interconception Care for Women in Medicaid: Peer-to-Peer (P2P) Learning for State Agencies.–2012.–20p.

28. The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review / A. Rashidian, A.H. Omidvari, Y.Vali [et al.] // *Am J Obstet Gynecol.*–2014.–Vol.128, Iss.10.–P.872–885.

29. The Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions/F.C.Barros, Z.A.Bhutta, M.Batra [et al.] // *BMC Pregnancy Childbirth.*–2010.–Vol.10, Suppl.1.–P.3-15.

30. The Joint Commission National Quality Care Measures - Perinatal Care Core Measure Set [Електронний ресурс].–Режим доступу: www.jointcommission.org.

31. Toward Improving the Outcome of Pregnancy III: Enhancing Perinatal Health Through Quality, Safety and Performance Initiatives; Berns S.D. ed.– [Reissued ed.].– White Plains, NY: March of Dimes Foundation, 2011.

32. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates.–2012.–59 p.

33. WHO Regional Office for Europe. Promoting Effective Perinatal Care [Електронний ресурс].–2005.– Режим доступу: <http://www.euro.who.int/childhealthdev/PEPCO>

34. WHO-Europe. Making Pregnancy Safer [Електронний ресурс].–2005.– Режим доступу: <http://www.euro.who.int/pregnancy>

35. Zeitlin J. Regionalization of perinatal Care in Europe / J.Zeitlin, E.Papiernik, G.Breart // *Seminars in Neonatology.*–2004.–Vol.9.–P.99-110.

**РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ В УКРАИНЕ – СОВРЕМЕННОЕ
СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

*Ю.Г. Антипкин, Т.К. Знаменская,
Е.А. Дудина, Т.В. Курилина*

ГУ «Институт педиатрии, акушерства
и гинекологии НАМН Украины»,
ГУ «Украинский институт стратегических
исследований МЗ Украины»
(г. Киев, Украина)

Резюме. Создание системы региональных перинатальных центров – всемирно признанный путь снижения перинатальных потерь, частоты формирования хронической заболеваемости и инвалидности. В статье рассмотрены современные аспекты регионализации перинатальной помощи, представлено определение и функции ее составляющих, основные проблемы и пути их решения в Украине.

Ключевые слова: регионализация перинатальной помощи; перинатальный центр; беременные женщины; новорожденный; перинатальные потери; инвалидность.

**THE REGIONALIZATION OF PERINATAL
CARE IN UKRAINE – MODERN STATE OF
PROBLEM**

*Y.G. Antipkin, T.K. Znamenska, O.O. Dudina,
T.V. Kurilina*

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and
Gynecology NAMS of Ukraine»,
SI «Ukrainian institute of strategic investigation
HM of Ukraine»
(Kyiv, Ukraine)

Summary. The creation of perinatal center system is worldwide recognized way of the decreasing of perinatal loss, frequency of chronic morbidity formation and disability. Modern aspects of regionalization of perinatal care reviewed and the definition and functions of system's components, main problems and ways of their solution in Ukraine presented in the article.

Keywords: regionalization of perinatal care; perinatal center; pregnant women; newborn; perinatal loss; disability.