

## Перинатальна допомога: ціль розвитку тисячоліття = пріоритет реформування медицини

16 вересня 2010 р. в Адміністрації Президента України відбулася нарада мікрорегіональної робочої групи з питань розвитку перинатальної медицини, під час якої було презентовано проєкт Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні. У нараді взяли участь представники Адміністрації Президента України, МОЗ України, НАМН України, обласних управлінь охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладів, медичної спільноти.

Відкриваючи нараду, Ірина Акімова, перший заступник голови Адміністрації Президента України, секретар Комітету економічних реформ, наголосила, що тема охорони материнства і дитинства є найбільш важливою в системі охорони здоров'я, і реформування галузі необхідно починати саме з покращання надання медичної допомоги у цьому її секторі. Вона нагадала, що на останньому засіданні Комітету економічних реформ, на якому розглядалися національні проєкти, першим соціально спрямованим національним проєктом, на актуальності якого наголосив Президент України Віктор Янукович, був проєкт реформування охорони материнства та дитинства, яка є основою складовою державної політики, зважаючи на значимість питання народження здорових дітей — майбутнього потенціалу будь-якої держави.

Найважливішими показниками цієї складової є репродуктивне здоров'я населення, народжуваність, безпека пологів, низький рівень материнської перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності.

Важливою для формування цих показників є соціально-економічна складова. У системі медичного забезпечення матерів та їх новонароджених дітей, як і в цілому у галузі, відбуваються структурні зміни, зумовлені демографічними процесами, економічною ситуацією в країні, а також змінами підходів до надання медичної допомоги населенню, зокрема переорієнтацією первинної медико-соціальної допомоги на засади загальної практики — сімейної медицини та впровадження сучасних перинатальних технологій.

На жаль, Україна за рівнем материнської та малюкової захворюваності

й смертності має показники у 2–3 рази гірші, ніж у країнах Європейського Союзу. Сучасна ситуація у сфері відтворення населення України характеризується тривалою депопуляцією з суттєвим погіршенням якісних характеристик здоров'я населення, передусім репродуктивного.

Тому завдання перед галуззю поставлені валичі, відповідальність покладена дуже велика, необхідно рухатися шляхом реформування достатньо швидко, щоб система надання медичної допомоги матерям та дітям змінювалася швидко.

Головна мета реформ — різко покращити усі існуючі показники, знизити рівень смертності, покращити рівень здоров'я нації. Завдань в рамках цієї мети дуже багато, й усі вони важливі. Це і створення нової системи перинатальних центрів, і первобладнання лікувально-профілактичних закладів, і створення елементарних комфортних умов перебування вагітних і породіль у стаціонарах. З іншого боку, будь-яке обладнання — це просто залізо, якщо поряд з ним не знаходиться професійний і кваліфікований спеціаліст. Тому суттєвого покращання потребує й система підготовки неонатологів.

Реформування системи надання медичної допомоги матерям і дітям не може розглядатися окремо від реформування галузі в цілому. Адже якщо не буде змінено систему фінансування лікувально-профілактичних закладів та систему стимулювання кадрів в них, то ніяке обладнання і ніякі тренінги не допоможуть забезпечити підвищення якості надання медичних послуг. Тому зараз необхідно визначитися, які зміни внести до Бюджетного кодексу України, щоб полегшити функціонування системи трансфертів та запровадження принципу нової моделі фінансування лікувальних закладів.

Необхідно також визначитися, за якими показниками буде оцінюватися праця медиків, щоб вони могли, з одного боку, отримувати відповідну матеріальну винагороду, а з іншого — несли відповідальність за свою роботу.

Крім того, для комплексного вирішення поставлених завдань необхідна наявність в державі дієвої соціальної програми, спрямованої на інформування жінок та заохочення їх до співпраці з медичними працівниками. Адже якщо жінка не буде вчасно звертатися для обстеження, зусилля лікарів будуть марними. Тому ще одне завдання мікрорегіональної робочої групи — підготувати відповідні програми та наповнити їх необхідним змістом, щоб суспільство почуло важливу інформацію.

Валерій Бідний, заступник міністра охорони здоров'я України, заступник голови підгрупи з реформування медичного обслуговування Комітету економічних реформ, зазначив, що реформування охорони здоров'я, окрім соціально-економічного, має політичний аспект. Україна вже давно очікує на таке реформування, і за підтримки медичної спільноти та Адміністрації Президента України вдасться внести необхідні зміни до законодавства.



**Раїса Моїсєєнко**, директор Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України, презентувала проєкт Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги. Вона нагадала, що реформування системи надання медичної допомоги у материнстві й дитинстві проводиться МОЗ України вже не перший рік, зокрема здійснено перехід на критерії живонародженості, рекомендовані ВООЗ. Жінки зараз мають можливість народжувати в індивідуальному пологовому залі в присутності близької людини. Новонароджена дитина постійно знаходиться з матір'ю.

Починаючи з 2001 р. народжуваність почала зростати, частота пологів перевищує частоту абортів, що безперечно впливає позитивно на вирішення демографічних проблем. Ця позитивна тенденція зберіглася й у 2009 р.

У 2009 р. народжуваність продовжувала зростати і становила 11,1 на 1000 народжених живими, за останній рік призупинено показник від'ємного приросту населення, але порівняно з країнами Єврозою, де приріст населення становить +4,1 на 1000 населення, в Україні він становить –4,2 відповідного показника.

Завдяки поступовому впровадженню системи сучасних перинатальних технологій вдалося:

- по-перше: збільшити частку фізіологічних пологів з 32,4% у 2002 р. до 63,3% у 2009 р.;
- по-друге: збільшити показник партнерських пологів практично з 0 до 52%, а в окремих регіонах до 79%;
- по-третє: знизити рівень перинатальної та малюкової смертності, у тому числі за рахунок вроджених вад розвитку з 2002 р.

Показник материнської та малюкової смертності є індикатором соціально-економічного благополуччя країни та входить до основних Цілей розвитку тисячоліття, визначених ООН.

Основними причинами материнських та плодових втрат є серйозні захворювання жінок, що напряму не пов'язані з вагітністю, а серед акушерських причин провідне місце посідають кровотечі та інші патологічні стани, що потребують невідкладного кваліфікованого медичного втручання, яке може бути здійснено при достатньому кадровому та матеріально-технічному забезпеченні.

Більше половини в структурі перинатальної смертності становлять причини, що виникли під час вагітності та пологів, друге місце (22,42%) посідають уроджені вади розвитку; третє місце зумовлюють зовнішні причини смерті — 5,47%.

П'ята частина всіх померлих на першому році життя втрачаються на рівні пологового будинку, 16% дітей — в умовах центральних районних та міських лікарень.

Медична допомога вагітним та породіллям надається: 87 пологовыми будинками, пологовыми відділеннями: у 8 обласних лікарнях (на 320 ліжках), у 99 міських багатoproфільних лікарнях (на 2561 ліжку), у 470 центральних районних та районних лікарнях (на 6369 ліжках), у 8 дільничних лікарнях (на 40 ліжках, в основному в гірських районах), а також у 494 жіночих консультаціях, у 1223 акушерсько-гінекологічних відділеннях (кабінетах) амбулаторно-поліклінічних закладів, у 107 центрах (кабінетах) планування сім'ї та у 92 кабінетах медичної генетики.

Залишається гострою кадрова ситуація, яка складається в неонатологічній та акушерсько-гінекологічній службах. Кількість неонатологів недостатня, після підвищення рівня забезпеченості цими фахівцями у 2005 р. до 0,26 на 1000 протягом останніх років кількість їх не перевищує 0,21 відповідного показника через тяжкі умови праці та низьку заробітну платню.

Забезпеченість акушерами-гінекологами у 2009 р. була на рівні 4,94 на 10 000 населення, кількість їх достатня, проте розподіл на території незадовільний, особливо в сільській місцевості. Так, у Кіровоградській області, де показник материнської смертності найвищий, вакантними є 85 посад акушерів-гінекологів.

Сьогодні загострюється ситуація із забезпеченням акушерами-гінекологами центральних районних лікарень, що потребує вирішення питання поліпшення матеріальних умов для них.

Зменшення кількості пологових стаціонарів та відділень у центральних районних лікарнях, міських лікарнях відбувається за рахунок їх укрупнення. Ця проблема є надзвичайно важливою з огляду на розпорошеність надання допомоги вагітним, і як наслідок від 30 до 60% пологових відділень в областях приймають менше 300 пологів на рік (так, наприклад, Кіровоградська область нараховує 52% малопопулярних родопомічних закладів, Закарпатська — 45%, Київська — 25%), що збільшує рівень економічних витрат на одні пологи мінімум

втричі порівняно з потужними пологовыми будинками на 1000 пологів у рік і більше. Крім цього, дані заклади стають небезпечними для матерів та дітей внаслідок недостатньої підготовки фахівців до невідкладних втручань в акушерстві та неонатології через відсутність достатньої кількості навичок та самих фахівців, а також через відсутність обладнання та інших ресурсів.

Особливо складною ця проблема є у гірській місцевості та віддалених сільських районах. Її вирішення потребує концентрації пологових ліжок на базі потужних багатoproфільних стаціонарів або перинатальних центрів, а також забезпечення регіонів спеціалізованим санітарним транспортом.

Подальше покращання надання перинатальної допомоги потребує значних матеріальних ресурсів. Приміщення більшості родопомічних лікувальних закладів, які були збудовані за часів Радянського Союзу, продовжують старіти і потребують капітального ремонту. Медична техніка, яка закуповується в тому числі й за кошти територіальних громад, швидко відпрацьовує свій ресурс, тому що використовується практично цілодобово, і потребує постійного оновлення. Медикаментозне забезпечення надання перинатальної допомоги не може бути здійснене в повному обсязі без залучення коштів домогосподарств. Підготовка медичних кадрів також потребує суттєвих змін.

Без вирішення питання зміцнення первинної медико-санітарної допомоги розраховувати на покращання репродуктивного здоров'я безперспективно.

У державі сьогодні діє програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., затверджена постановою КМУ від 26.12.2006 р. № 1849.

Основними завданнями програми є:

- створення умов безпечного материнства;
- формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді;
- удосконалення системи планування сім'ї;
- збереження репродуктивного здоров'я населення;
- забезпечення ефективного управління виконанням програми.

На погляд робочої групи, що програму необхідно розширити за рахунок питань перинатології. Це спростить технічне проходження документа та значно скоротить строки його затвердження.

Концепція охоплює такі основні напрямки:

- створення структурованої, інституційно організованої мережі належним чином оснащених, фінансово забезпечених та кадрово укомплектованих перинатальних центрів;
- кадрове забезпечення, підготовка, створення та діяльність тренінгових центрів;
- інтегрований підхід до формування показників здоров'я населення, передусім репродуктивного.

Запропоновано залишити в структурі акушерської допомоги міжрайонні перина-

тальні центри з кількістю пологів не менше 400 на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км. У них мають цілодобово працювати акушери-гінекологи та неонатологи, у складі таких центрів має бути відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Це заклади I рівня.

До закладів II рівня належать міські пологові будинки та міжрайонні перинатальні центри. Головною стратегією перинатальної допомоги є створення міжрайонних перинатальних центрів на базі потужних міських пологових будинків із кількістю пологів 1500 і більше, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених.

До закладів III рівня надання медичної допомоги належать: обласний перинатальний центр або структурно-функціональна його модель, акушерське відділення обласної лікарні та неонатологічне відділення дитячої обласної лікарні.

У АР Крим, областях, містах Києві та Севастополі обов'язково створюється принаймні один перинатальний центр.

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим.

Функції Державного перинатального центру покладаються на ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України.

Є потреба у конкретних заходах, які впливають на якість перинатальної допомоги. Це поліпшення системи загрозо-метричного контролю, дотримання етапності, впровадження стандартів, протоколів, поліпшення транспортного забезпечення, залучення міжнародних проектів до функціонування тренінгових центрів.

До ризиків, з якими може стикнутися галузь у процесі реформування, слід віднести:

1. Опір реформам населення та в першу чергу медичного персоналу закладів, що формується через несприйняття та острахи щодо можливих наслідків реформаторських дій.

2. Можливість на перших етапах реформування через певне розбалансування системи підвищення показника малюкової та материнської смертності з подальшим його стабільним зниженням.

3. Недостатність інформаційної підтримки реорганізації, обмеженість фахівців, що можуть доносити інформацію до населення щодо цих питань.

4. Можливі перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування через неврегульованість законодавчих актів.

5. Недостатня якість до- та післядипломної підготовки лікарів загальної практики/сімейної медицини з питань акушерства та гінекології.

6. Низький рівень зарплати медперсоналу, їх соціальної захищеності, передусім у сільській місцевості.

7. Проблеми транспортного забезпечення (автошляхи та транспортні засоби).

8. Значний рівень бідності серед населення, особливо серед багатодітних сімей, що зумовлює підвищення перинатального ризику.





**Віталій Москаленко**, ректор Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, у своїй доповіді торкнувся питань додипломної підготовки медичних кадрів та закріплення фахівців у депресивних регіонах.

Він повідомив, що Національний медичний університет щорічно випускає 1200 лікарів різних спеціальностей, за останні 5 років кількість лікарів збільшилася на 25%, а у 2010 р. було здійснено набір вже 2000 студентів. Враховуючи нагальну потребу у спеціалістах із перинатальної допомоги Національний медичний університет щорічно готує на післядипломному етапі близько 100 акушерів-гінекологів та неонатологів, також збільшивши підготовку таких фахівців на 20% за рахунок контрактних студентів.

Зважаючи на те, що основною причиною материнської та малюкової смертності є невідкладні стани, університет сьогодні вже готовий на етапі додипломної підготовки лікарів загальної практики на всіх кафедрах акушерства та гінекології, рівніматології з курсом неонатології внести зміни до випускних курсів, які включають питання надання невідкладної допомоги під час перинатального спостереження вагітних та новонароджених. Щодо закріплення випускників за місцем призначення, особливо у депресивних регіонах, доцільно поряд з існуючими формами розподілу рекомендувати управлінням охорони здоров'я відповідних обласних державних адміністрацій укладати угоди на цільову підготовку лікарів із вищими навчальними закладами. Слід зазначити, що за останні роки значно покращилася підготовка лікарів за рахунок цільового направлення. Але для закріплення їх на місцях необхідно створити відповідні умови проживання, можливо запровадити муніципальну надбавку у сільській місцевості.

З метою підвищення кваліфікації акушерів-гінекологів і неонатологів доцільним є проведення систематичного удосконалення з невідкладних станів на відповідних кафедрах Національного медичного університету.

У Києві на базі пологових будинків № 3, 6, 7 по суті вже створені потужні перинатальні центри, де є реанімаційні відділення з можливістю відкриття другого етапу реабілітації новонароджених з малою масою тіла та недоношених. На їх базі існує можливість проведення стажування відповідних фахівців.

Закінчуючи виступ, В. Москаленко наголосив, що як би якісно не працювали медики, без комплексних державних соціально-профілактичних заходів реалізувати концепцію буде неможливо. Необхідна сучасна інтегральна міжсекторальна програма профілактики в суспільстві, яка стосується, зокрема, харчування та популяризації здорового способу життя.



**Ніна Гойда**, ректор з лікувальної роботи Національної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, розповіла про нові аспекти підготовки та перепідготовки медичних кадрів із залученням міжнародних проектів технічної допомоги.

Вона повідомила, що старт в організації перинатальних центрів був даний ще у 1992 р., і 1/3 областей вже створила такі заклади. Але через відсутність системності у їх створенні поки що не вдалося досягти поставленої мети — значного зниження показників материнської та малюкової захворюваності та смертності. На сьогодні якість надання перинатальної допомоги залежить перш за все від кадрового ресурсу. В Україні є 3 академії післядипломної освіти, на яких, окрім кафедр акушерства і гінекології та неонатології, є такі важливі для пренатальної допомоги кафедри, як ультразвукової діагностики, медичної генетики, анестезіології та інтенсивної терапії. Крім цього, функціонують 7 факультетів удосконалення лікарів.

За останні 2 роки були переглянуті програми підготовки спеціалістів, що мають відношення до пренатальної допомоги, з ухилом на вивчення сучасних перинатальних технологій.

На жаль, на етапі післядипломної освіти існує лише декілька галузевих освітніх стандартів. Зараз отримана згода від уряду Швейцарії на спільну розробку стандарту підготовки неонатолога. Національна медична академія післядипломної освіти стала піонером у трансформації програм тренінгів, запропонованих такими країнами, як Швейцарія, Канада, США, у цикли тематичного удосконалення лікарів. Підготовка перинатологів, на думку Н. Гойди, має здійснюватися через систему резидентури, яка буде введена найближчим часом шляхом внесення змін і доповнень до Закону України «Про вищу освіту».

Перинатолог — це консультант вищого ґатунку, який може оцінити дії неонатолога, акушера-гінеколога і всіх споріднених спеціалістів та має працювати на III рівні надання перинатальної допомоги — рівні обласних центрів.



**Олександр Аніщенко**, начальник головного управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, зупинився на деяких питаннях міжбюджетних відносин в умовах реформування.

Він наголосив на тому, що джерела фінансування медичної галузі є обмеженими та недостатніми, тому в умовах реформування дуже важливо оптимально

використовувати наявні кошти. У той же час система охорони здоров'я — це капіталоемна галузь, для її нормального функціонування необхідно відповідне оснащення та медичне забезпечення. На сьогодні існує п'ять рівнів фінансування галузі:

- сільрада (лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, I рівень);
- районні лікарні (I-II рівень);
- міські лікарні (I-II рівень);
- обласні центри (III рівень);
- лікувальні заклади, що фінансуються МОЗ або НАМН України (III рівень).

З прийняттям нового Бюджетного кодексу усі кошти, виділені для надання первинної медико-санітарної допомоги, сконцентровані на районному рівні. Для того щоб виконати завдання, закладені у концепції, необхідна концентрація коштів, виділених для надання перинатальної допомоги, на обласному рівні. Наступним кроком має бути скорочення рододопоміжних закладів, які є неефективними, і концентрація перинатальної допомоги на базі лікувальних закладів з більшою потужністю, які мають надавати допомогу на засадах єдиного медичного простору. Саме це було зроблено у Донецькій області — у результаті скорочення малоефективних лікарень вивільнилися ресурси, які були спрямовані на розвиток перинатальної допомоги. Ще одним джерелом фінансування можуть бути горизонтальні трансфери, але для того, щоб це джерело використовувати, необхідно внести відповідні зміни до Бюджетного кодексу України. Після оптимізації функціонування мережі за рахунок концентрації ресурсів можна продовжити змінювати економіку охорони здоров'я шляхом утворення на базі лікувальних закладів неприбуткових комунальних підприємств. Для того щоб це зробити, необхідно ліквідувати протиріччя між Господарським кодексом України та Законом України «Про оподаткування прибутку підприємств», доповнивши п. 7.11.1 останнього словом «підприємствами».

«Ця стаття застосовується до неприбуткових установ і організацій, які є: а) органами державної влади України, органами місцевого самоврядування та створеними ними підприємствами, установами або організаціями, що утримуються за рахунок коштів відповідних бюджетів».



**Марія Гогоша**, заступник начальника управління охорони здоров'я Волинської обласної державної адміністрації, розповіла про досвід формування міжрайонних перинатальних центрів у областях з невеликою кількістю населення.

Вона зазначила, що Волинська область є однією з трьох областей, в яких відмічається позитивний природний приріст населення. Допомогу жінкам і дітям в області надають 16 пологових стаціонарів і 2 пологових будинки. За даними проведеного аналізу, 3 пологових стаціонари є малопродуктивними — в них відбувається

від 60 до 200 положів на рік. Тому прийнято рішення з 2011 р. провести їх реорганізацію, створивши у сусідніх районах більш потужні перинатальні центри. Це рішення погоджено з органами місцевого самоврядування. М. Гоша також запропонувала внести зміни до штатного розкладу пологових відділень, збільшивши кількість середнього медичного персоналу. Це пов'язано з тим, що зараз зростає кількість партнерських положів, коли жінка народжує в окремому пологовому залі у присутності близької людини, і на кожний пологовий зал має бути окрема акушерка.

Також своїм досвідом організації перинатальних центрів поділилися представники Львівської та Житомирської областей.



**Руслан Тищенко**, доцент кафедри анестезіології та реанімації Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, зупинився на питаннях надання невідкладної медичної допомоги в перинатології та оснащення реанімаційної служби акушерських стаціонарів.

Він наголосив, що показник материнської смертності належить до стратегічних показників соціально-економічного розвитку країни. Україна за цим показником займає проміжне місце між країнами ЄС і країнами, що розвиваються. Аналіз причин материнської смертності за останні 5 років показує, що основною є смертність від екстрагенітальної патології та кровотеч, причому майже 50% випадків смерті від кровотеч можна попередити. У країнах ЄС смертність від кровотеч становить 1,7–2%, в Україні — 25%. Крім того, кожен рік зустрічаються випадки материнської смертності, що пов'язані з наданням анестезіологічної

допомоги та проведенням інтенсивної терапії, які обумовлені недостатнім матеріально-технічним та кадровим забезпеченням, низькою психологічною мотивацією персоналу та певними вадами в організації невідкладної допомоги в акушерських стаціонарах, які яскраво виявилися під час епідемії пандемічного грипу. Це відсутність сучасної апаратури спостереження та штучної вентиляції легень. Коли ж були закуплені та поставлені в лікарні сучасні високоякісні апарати штучної вентиляції легень, виявилось, що лікарі не вміють на них працювати. Не всі реанімаційні відділення забезпечені постійною подачею кисню. Немає можливості проведення динамічного клініко-лабораторного спостереження, у тому числі рентгенологічного обстеження.

Згідно з програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. прогнозований показник материнської смертності має становити не вище 11 на 100 000 жінок. Одним із можливих механізмів зниження цього показника є впровадження досвіду анестезіологічної й невідкладної допомоги в акушерських стаціонарах розвинених країн. Для цього створено курс акушерської реанімації при Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Необхідно також провести аудит обладнання у відділеннях інтенсивної терапії акушерських стаціонарів на предмет його працездатності. За результатами проведеного аудиту скласти довідку для міністра охорони здоров'я щодо виділення коштів для заміни непрацюючого обладнання. В обласних центрах і містах з населенням понад 100 тис. створити виїзні акушерсько-гінекологічні бригади та організувати їх чергування. Обладнання реанімобілів має включати певний запас кисню, інфузійно-трансфузійних розчинів та препаратів для консервативного гемостазу. Окрім того, необхідно розробити транспортні протоколи та відновити практи-

чну реальну санітарну авіацію, тобто наявність санітарних гелікоптерів або їх спільне використання з Міністерством надзвичайних ситуацій.



**Юрій Вдовиченко**, перший проєктор Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, президент Асоціації перинатальної медицини України, зазначив, що у нашій

країні, на жаль, не проводяться внутрішньоутробні операції з приводу уроджених вад розвитку. Через це щорічно гинуть сотні дітей. Він висловив пропозицію, щоб у структурі перинатальних центрів були передбачені відділення фетальної медицини.

Підбиваючи підсумок наради, Ірина Акімова зазначила, що для успішного реформування галузі завжди не вистачало політичної волі. Зараз така політична воля є. Реформування розпочалося, і зворотного шляху немає. Тепер необхідне об'єднання зусиль МОЗ України, людей, які працюють в регіонах. Необхідне чітке бачення, на базі яких лікарень можуть бути створені перинатальні центри, яку реальну потребу в обладнанні мають ці лікарні, як в умовах обмежених ресурсів ефективно їх використати, які зміни потрібно внести до Бюджетного кодексу України та інших законодавчих актів. Необхідно активізувати роботу з організацій тренінгів із залученням фахівців розвинених країн, а також налагодити взаємодію між лікувальними закладами в Україні і за кордоном.

Необхідно рухатися уперед.

*Олександр Устимов, фото автора*

