

Регіоналізація перинатальної допомоги: міжнародний досвід

12–13 липня 2012 р. у Києві пройшла Науково-практична конференція «Актуальні питання регіоналізації перинатальної допомоги в Україні». Захід відбувся за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Адміністрації Президента України, Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), Джон Сноу Інк (JSI). У заході взяли участь Раїса Моїсеєнко, перший заступник міністра охорони здоров'я України, Олена Осінкіна, радник Адміністрації Президента України, координатор Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства», Олег Кузьменко, директор українсько-американського проекту «Здоров'я матері та дитини», представники Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства».



Про міжнародний досвід регіоналізації перинатальної допомоги розповіла **Валентина Коломейчук**, заступник директора, начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України. Вона зазначила, що регіоналізація перинатальної допомоги — це система організації надання перинатальної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим в закладах медичної допомоги відповідно до їх рівня з урахуванням материнського, фетального та неонатального ризику, регіональних особливостей, що максимально забезпечить:

- своєчасність;
- доступність;
- ефективність;
- безпеку перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів.

Регіоналізація перинатальної допомоги бере свій початок у світі ще наприкінці 60-х — на початку 70-х років ХХ ст. У 1970 р. Департамент національної охорони здоров'я і соціального забезпечення в Канаді вперше порушив питання щодо регіоналізації перинатальної допомоги. Тоді було опубліковано «Рекомендовані стандарти догляду материнства та новонародженого» і програми раннього розпізнавання немовлят високого ризику не виявлених під час внутрішньоутробного розвитку, що передбачає їх швидку передачу в заклади високого рівня надання допомоги. У них йдеться зокрема про те, що дійсно очевидно, що деякі матері та новонароджені належать до групи підвищеного ризику (через ускладнення при попередній або цій вагітності) і потребують особливого догляду, що можна створити лише у відповідних медичних закладах. Тоді було визначено 2 мети регіоналізації:

- Виявлення жінок високого ризику та пологи в закладах відповідного рівня.
- Виявлення новонароджених високого ризику із транспортуванням переважно

«in-utero», а також транспортування новонароджених, які потребують невідкладного переведення.

В Австралії цей процес розпочався у 1978 р., у Франції — у 1990 р., у Польщі — у 1995 р., в Литві — у 1992 р., в Бельгії — у 1996 р., Голландії — у 1999 р.

У США концепція регіоналізації перинатальної допомоги була вперше сформульована у 1976 р., коли були запропоновані критерії для виділення трьох рівнів перинатальної допомоги матерям та новонародженим і рекомендовано направлення жінок групи високого ризику до закладів того рівня, який має адекватні можливості для надання перинатальної допомоги. Багаточисленні дослідження продемонстрували переваги регіоналізації допомоги при народженні глибоко недоношеної дитини і концентрації більшості таких пологів у стаціонарах третього рівня медичної допомоги. У США медичні заклади, які забезпечують стаціонарний догляд за новонародженим, поділяються на три рівні.

Рівень I (базовий): стаціонарне дитяче відділення з медичним персоналом та обладнанням, необхідним для неонатальної реанімації, оцінки та післяпологового догляду за здоровими новонародженими дітьми, стабілізації та догляду за фізіологічно стабільними дітьми, народженими у термін 35–37 тиж гестації, за стабільними дітьми, народженими у термін до 35 тиж гестації, а також за хворими дітьми до їх переведення до медичного закладу належного рівня неонатальної допомоги.

Рівень II (спеціалізований): стаціонарне дитяче відділення з медичним персоналом та обладнанням, необхідним для догляду за дітьми, народженими в термін після 32 тиж гестації, з масою тіла >1500 г, у яких спостерігається фізіологічна незрілість, захворювання середнього ступеня тяжкості або проблеми, які можуть швидко вирішитися і згідно з прогнозами не потребують екстреної допомоги вузьких фахівців.

Рівень III (вузькоспеціалізований): стаціонарне відділення інтенсивної терапії новонароджених, з персоналом і обладнанням для надання тривалої підтримки життєвих функцій та повного догляду за дітьми групи екстремально високого ризику, а також за немовлятами із серйозними та критичними захворюваннями.

Організація перших перинатальних центрів у Японії, які об'єднали акушерські та дитячі відділення, у 1979 р. дозволила поліпшити показники виходжування дітей з масою тіла <1000 г з 44,7% у 1989 р. до 83,0% — у 2009 р. На сьогодні Японія має найнижчу смертність недоношених новонароджених у світі, забезпечуючи виживаність 90% малюків незалежно від їх маси тіла при народженні.

В європейських країнах існують різні моделі організації медичної допомоги (стосовно кількості та розміру пологових стаціонарів, а також того, чи пов'язані вони зі спеціалізованими неонатальними відділеннями). Спільним для різних країн є:

- Тісна взаємодія усіх рівнів перинатальної допомоги.
- Можливість отримання ефективної та своєчасної консультації складних випадків.
- Можливість безперешкодного переведення пацієнтів з одного рівня на інший.
- Спільні розробки рекомендацій.
- Організація безперервного навчання спеціалістів усіх рівнів.
- Створення єдиної інформаційно-аналітичної системи.

З одного боку, закриття малопотужних пологових відділень і централізація всіх пологів у великих стаціонарах гарантують, що дитина групи підвищеного ризику народиться у стаціонарі належного рівня і отримає спеціалізовану неонатальну допомогу. З іншого боку, за наявності значної кількості великих пологових відділень з різними рівнями спеціалізації необхідна організація міжлікарняної мережі регіоналізації для забезпечення ведення пологів у жінок групи високого ризику в спеціалізованих відділеннях.

У країнах Північної Європи та Великій Британії допомога в пологах сконцентрована у великих пологових відділеннях; в Португалії та Іспанії допомога також сконцентрована.

У Португалії реформа перинатальної допомоги, розпочата на початку 1990-х років, призвела до закриття найбільш малопотужних пологових стаціонарів, в яких кількість пологів на рік не сягала 1500. Стаціонари були поділені на I; II і III рівні, а також створені мережі стаціонарів більш

високого рівня в Північній, Південній і Центральній Португалії. Основна акушерська і неонатальна допомога в країні надавалася у пологових стаціонарах II рівня, як у нових вимогах, так і в попередніх, приведених у відповідність до нових. Було розроблено і впроваджено настанови з внутрішньоутробного транспортування плода, а також створена Національна система транспорту з метою забезпечення перевезення дітей, народжених поза центрами.

Проект MOSAIC — організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі — оцінила вплив організації акушерської допомоги в регіоналізації догляду за глибоко недоношеними дітьми в 10 європейських регіонах із загальною кількістю 490 тис. пологів живими дітьми. У ході оцінки порівнювалися кількість спеціалізованих пологових відділень на 10 тис. пологів, частка дітей, народжених у спеціалізованих відділеннях, і частка глибоко недоношених дітей, які за станом здоров'я направлялися до спеціалізованих стаціонарів. Середня кількість пологових відділень варіювалася у межах від 5,5 і мен-

ше на 10 тис. пологів у Данії, Франції, Португалії та Великій Британії до понад 10 — у Бельгії, Німеччині, Італії та Польщі. Середня кількість пологових відділень III рівня становила 1 на 10 тис. пологів. Дослідження MOSAIC також продемонструвало, що частка новонароджених у термін 24–31 тиж гестації, що з'явилися на світ у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у регіонах Данії та Польщі до понад 80% — у регіонах Бельгії, Німеччини, Італії та Португалії.

В Австралії регіоналізація неонатальної допомоги проведена на початку 90-х років XX ст. На 250 тис. пологів на рік функціонує 23 відділення інтенсивної терапії новонароджених. Співвідношення річної кількості пологів і числа відділень — 10 000:1, а середня кількість дітей із дуже малою масою тіла при народженні, які надходять до відділення інтенсивної терапії, — 90.

У Росії створена єдина перинатальна служба, яка здійснює інтеграцію та взаємодію між усіма пологодомічними закладами усіх рівнів для забезпечення ефективної та безпечної допомоги, переведення пацієнтів з одного рівня на ін-

ший. Забезпечення наступності та етапності надання медичної допомоги базується на:

- Чіткому розподілі лікувально-профілактичних закладів за рівнями та діапазоном медичної допомоги.
- Впровадженні єдиних стандартів надання медичної допомоги, рекомендацій та порядку госпіталізації вагітних. Стратегічний підхід до забезпечення кваліфікованої допомоги у період вагітності та пологів включає:
 - Розробку програм, практичних настанов, порядків із комплексного ведення вагітності та пологів.
 - Організацію ефективного партнерства лікувально-профілактичних закладів на регіональному рівні, з урахуванням етапності надання медичної допомоги.
 - Інформованість населення про доступ до якісних послуг для матерів та новонароджених.
 - Соціальну підтримку окремих груп населення з метою підвищення доступу до кваліфікованої допомоги.

*Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека*

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ СЕМІНАР

«КОРПОРАТИВНА СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ФАРМАЦІЇ»

20 вересня 2012 р.

ГОТЕЛЬ «ЛИБІДЬ», КИЇВ, ПЛОЩА ПЕРЕМОГИ, 1



ГОЛОВНІ ПИТАННЯ СЕМІНАРУ:

- Що таке корпоративна соціальна відповідальність (КСВ)?
- Чим КСВ відрізняється від благодійності?
- КСВ провідних фармацевтичних компаній
- КСВ у сфері охорони здоров'я
- Як зробити свою діяльність стратегічною: політика та звіти з КСВ, міжнародний стандарт із соціальної відповідальності ISO 26000, проекти з КСВ

Організатори:  ЦЕНТР РОЗВИТКУ КОРПОРАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

 UkrComMPO

Інформаційний партнер:

 Аптека
www.apteka.ua

Контакти для участі та партнерства: тел./факс: +38 (044) 585-97-10 (внутрішній — 312, 313), e-mail: klishko@morion.ua