
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ

УДК 351.77:[614.2:618.2]/.7-08](477)

Линник С.О.,

канд. наук з державного управління, директор державної установи
«Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Впровадження в Україні положень міжнародних стратегій щодо удосконалення надання перинатальної допомоги

У статті здійснено аналіз реалізації в Україні міжнародних стратегій, що стосуються надання перинатальної допомоги. Визначене коло завдань держави щодо забезпечення реалізації зазначених стратегій у вітчизняній системі охорони здоров'я. Обґрунтовується, що реформування існуючої перинатальної служби в Україні дозволить створити умови для безпечної вагітності і пологів, організувати професійний супровід ускладнень вагітності та пологів за умов акушерської й соматичної патології у матері, антенатально діагностувати порушення внутрішньоутробного розвитку, підвищити ефективність неонатологічної допомоги.

Ключові слова: стратегії, перинатальна служба, охорона здоров'я материнства і дитинства, рівень народжуваності, неонатологічна допомога, регіоналізація медичної допомоги.

Пріоритет сфери охорони здоров'я та медичного забезпечення населення серед інших сфер суспільства є безумовним і чітко визначеним у вітчизняному законодавстві. Охорона здоров'я матері і дитини посідає особливе місце в галузі охорони здоров'я внаслідок її значущості для розвитку держави, забезпечення інтересів кожної сім'ї, громадянина [1].

Перинатальна допомога – комплекс заходів із забезпечення народження здорової дитини, що передбачає організацію здорового способу життя майбутніх батьків, підготовку сім'ї до бажаної вагітності, забезпечення антенатальної охорони плода, безпечних умов народження дитини, умов догляду за немовлям.

Поряд з економічним та соціальним розвитком суспільства перинатальна допомога є частиною національної системи охорони здоров'я.

Завданням перинатальної допомоги є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей не тільки на сучасному етапі, а й на майбутнє, зокрема шляхом підвищення рівня народжуваності та безпечності пологів, покращення стану новонароджених дітей, попередження материнської і малюкової смертності (смертності дітей першого року життя) та зміцнення здоров'я немовлят [2].

Проблемам охорони здоров'я жінок і дітей в Україні, визначенню стратегій їх розвитку присвячені численні дослідження (О.М. Лук'янова, 2003; Н.Г. Гойда, 2007; Ю.Г. Антипкін, 2005, 2011; В.М. Лехан, 2009; Ю.В. Вороненко, 2008; В.В. Подольський, 2010; В.В. Горачук, 2012; Н.Я. Жилка, 2007).

В Україні відсутні системні наукові дослідження з обґрунтування напрямів оптимізації діяльності закладів перинатальної допомоги в період реформування галузі в рамках виконання завдань Декларації тисячоліття ООН, Конвенції ООН про права дитини, Декларації та плану дій Генеральної Асамблеї ООН «Світ, сприятливий для дітей», Європейської стратегії

«Здоров'я і розвиток дітей і підлітків», у яких як першочергові визначені завдання підвищення якості та доступності медичної допомоги за умов обмежених ресурсів, забезпечення регіоналізації медичної допомоги, розробки та впровадження її стандартів.

Метою нашої статті є вивчити стан реформування перинатальної служби в Україні відповідно до міжнародних рекомендацій.

Сучасні принципи перинатальної допомоги – забезпечення сприятливого перебігу вагітності та пологів, фізіологічного догляду за новонародженою дитиною, організація раннього грудного вигодовування і необмеженого контакту матері і дитини – були сформульовані у 1998 р. Європейським регіональним бюро ВООЗ у концепції «Здоров'я для всіх в XXI столітті» [3].

Відповідні рекомендації ВООЗ та європейські стратегії знайшли своє втілення у системі охорони здоров'я України. У наказах, клінічних протоколах і рекомендаціях для лікарів, які працюють в акушерсько-гінекологічних і неонатологічних відділеннях, регламентовані сучасні технології фізіологічного перинатального догляду [4]:

- усвідомлене батьківство і партнерські пологи;
- демедикалізація вагітності і пологів, що передбачає виключення необґрунтованих медичних призначень (медикаментів, обстежень, процедур);
- демедикалізація раннього неонатального періоду – обмеження контакту новонародженого з медичним персоналом, максимальне зменшення рутинних заходів і процедур під час спостереження за новонародженими у пологових будинках;
- контакт з матір'ю з перших хвилин життя дитини і забезпечення контакту «шкіра до шкіри» матері і дитини тривалістю не менше 2 год.;
- підтримка теплового ланцюжка при проведенні усіх лікувально-діагностичних заходів;
- ранній початок грудного вигодовування (перших 30–60 хв.);
- рання виписка дитини з пологового будинку.

Вагомий внесок у покращання стану репродуктивного здоров'я жінок в Україні зробила корпоративна програма «Здоров'я матері та дитини в Україні». Реалізація програми проекту, який розпочав роботу у 2002 р., дозволила впровадити сучасні перинатальні технології, які засновані на доказовій медицині та принципах ВООЗ, а також доповнити існуючу програму підготовки стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги лікарями первинної медичної допомоги з наголосом на безпечне материнство.

Оцінка результатів дії цієї програми засвідчила, що у закладах охорони здоров'я, де впроваджений проект, збільшилася кількість індивідуальних пологових залів, стали нормою партнерські пологи, зросла питома вага нормальних пологів, зменшилася кількість випадків оперативного втручання під час пологів. Доведено, що при пологах у присутності партнера зменшується їх тривалість та потреба у знеболенні, зменшується кількість оперативних розроджень.

Запровадження сучасних перинатальних технологій дозволило зменшити середнє перебування на ліжку, збільшити обіг ліжка і, як результат, підвищити кількість пролікованих хворих у межах тієї самої суми виділеного щорічного кошторису.

Загалом в Україні відбулися певні позитивні зміни:

- порівняно з 2004 р. суттєво (майже вдвічі) збільшилася питома вага неускладнених пологів;
- суттєво зросла кількість партнерських пологів – у 2004 р. їх частка становила 3,6%, у 2011 р. – 74,7% (перевищення у понад 20 разів);
- забезпечено контакт матері та новонародженого «шкіра до шкіри» (92%);
- майже вчетверо зменшилася кількість гнійно-септичних інфекцій у новонароджених.

У пологових відділеннях і пологових будинках на території пілотних областей практично зведена до нуля гіпотермія новонароджених. Найважливішим досягненням запроваджених заходів є зниження інтегрального показника – неонатальної смертності та захворюваності новонароджених [5].

Наступним кроком щодо створення умов для підвищення рівня виживання дітей та забезпечення права на життя кожної народженої дитини було впровадження в Україні системи реєстрації перинатальної та малюкової смертності, яка діє у країнах Євросоюзу відповідно до рекомендацій ВООЗ [6]. Перехід України з 2007 р. на нові критерії життєздатності та живонародженості, починаючи з 22 тижнів вагітності або від 500 г ваги при народженні, створив передумови до оптимізації перинатальної служби.

Досвід розвинутих країн, які долучилися до прийняття означених критеріїв живонародженості, засвідчує, що правильна організація перинатальної допомоги дає можливість попередити невиношування, а у разі виникнення – забезпечити умови виходжування недоношених дітей, через підвищення кваліфікації спеціалістів та поліпшення науково обґрунтованої оснащеності неонатологічних відділень. Такі підходи безперечно позитивно впливають на кваліфікацію спеціалістів при наданні медичної допомоги хворим дітям.

Перехід до нових критеріїв з визначення перинатального періоду та живонародженості призвів до нових стратегічних завдань перинатальної допомоги [7]:

- регіоналізація акушерської допомоги;
- створення мережі перинатальних центрів II та III рівня;
- створення міжрайонних перинатальних центрів на базі існуючих потужних міських пологових будинків II рівня надання медичної допомоги на відстані 60–70 км з достатнім необхідним сучасним обладнанням;
- концентрація вагітних високої групи ризику для обстеження, лікування, розродження винятково у перинатальних центрах III рівня, де повинні бути спеціалізовані умови надання медичної допомоги хворим новонародженим;
- застосування базових технологій через уніфікованість підходів до надання медичної допомоги вагітним та новонародженим за рівних умов забезпечення перинатальною допомогою населення для всіх регіонів;
- профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини через удосконалення організаційно-медичних технологій та розроблення алгоритму моніторингу і контролю виконання основних складових.

Розроблені стратегічні завдання ґрунтувалися на міжнародному досвіді впровадження новітніх перинатальних технологій за період 2000 – 2007 рр. з доведеною ефективністю та результативністю. Так, лише сама регіоналізація стаціонарної акушерської допомоги в розвинутих країнах світу значно знизила показник материнської, малюкової смертності та собівартість медичної допомоги, а впровадження ефективних перинатальних технологій пологів протягом останніх п'яти років позитивно вплинуло на зниження ускладнених пологів (на 40%) та захворюваності новонароджених (на 40%). Показники гіпоксії плода та важкої пологової травми знизилися на 50%, недостатності живлення плода – на 38%, природжених вад – майже на 20%. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини знизився майже у 10 разів.

Результати впровадження сучасних перинатальних стратегій в Україні свідчать, що порівняно з 2001 р. народжуваність в Україні поступово почала підвищуватися, і підвищення становить понад 40%. Проте країна ще не вийшла з так званої пастки низької народжуваності. Викликає занепокоєння таке:

- серед померлих дітей першого року життя понад 60% помирають у перших 28 днів (неонатальний період);
- у структурі причин перинатальної смертності більше половини займають стани, що виникають під час вагітності та пологів (72%), друге місце (22%) – природжені вади розвитку;
- серед дітей, які помирають на першому році життя, 20% помирають у пологовому будинку, 16% – за умов центральних районних та міських лікарень;
- залишається значущою проблема виходжування дітей з екстремально низькою масою тіла;
- незважаючи на значне зниження показника материнської смертності – з 31,3 на 100 тис. народжених живими у 1992 р. до 23,3 на 100 тис. народжених живими у

2010 р., – цей показник перевищує аналогічний у країнах Євросоюзу;

- серед причин материнської смертності перше місце (понад 70%) посідають причини, пов'язані з екстрагенітальною патологією, друге – акушерські кровотечі (близько 16%), третє і четверте (майже по 7%) – тромбоемболічні та септичні ускладнення;
- близько 15 – 17% вагітних з тяжкою екстрагенітальною патологією потребують госпіталізації до спеціалізованих багатопрофільних медичних закладів у зв'язку із високим ризиком розвитку ускладнень.

Смертність дітей віком до одного року є одним із найчутливіших індикаторів ступеня соціально-економічного розвитку суспільства, що акумулює в собі рівень освіти і культури, стан довкілля, ефективність профілактичних заходів, рівень доступності та якості медичної допомоги, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві [8]. Враховуючи соціальну значущість даного показника, смертність дітей першого року життя включено до переліку Цілей Розвитку тисячоліття, визначених на Саміті тисячоліття в Нью-Йорку ще у 2000 р. і прописаних у Декларації [9].

Завданням цілі № 4 є зниження на дві третини смертності дітей у віці до 5 років. Кроки нашої країни у цьому напрямі ще досить повільні. Як уже зазначалось, попри деяке зниження показника смертності дітей першого року життя, його рівень залишається у 2–2,5 раза вищим від такого у країнах Європейського Союзу. У 2011 р. рівень малюкової смертності в Україні становив 9,08 на 1000 народжених живими, тоді як середній у країнах Європейського Союзу – 4,18.

Вікова структура малюкової смертності наступна: у віці 0–6 днів помирає 44% дітей, у віці 7–27 днів – 17,9%, у віці 28 днів – 1 рік – 38,1%. Серед причин смерті новонароджених у віці 0–6 днів переважають гіпоксичні стани, корекція та усунення яких повинна відбуватися на етапах внутрішньоутробного розвитку плода та у перші години після народження дитини. У структурі причин малюкової смертності переважають ендогенні причини, які пов'язані зі станом здоров'я матері, перебігом вагітності та пологів і класифікуються як стани, що виникли в перинатальний період.

Завданням цілі № 5 є зниження на 75% материнської смертності, показник якої у 2011 р. становив 16,7 на 100 тис. народжених живими. Серед причин материнських втрат в Україні переважають екстрагенітальні захворювання, частка яких становить близько 35%, маткові кровотечі (близько 20%), сепсис та ін.

Однією з проблем в організації надання перинатальної допомоги населенню України є несприятливі передумови, які мають історичне підґрунтя. Так, перинатальна допомога в Україні складається із акушерської та неонатальної, що створює перешкоди до запровадження сучасних європейських підходів та стандартів якісної перинатальної допомоги. Виконання Цілей Розвитку тисячоліття зобов'язує до реформування існуючої системи охорони здоров'я матері і дитини, створення нових підходів до організації та розвитку перинатальної допомоги в Україні.

На виконання завдань Цілей Розвитку тисячоліття МОЗ України розроблена Концепція подальшого розвитку перинатальної допомоги населенню, реалізація якої здійснюється через Національний проект Президента України – «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». Концепцію затверджено наказом МОЗ України № 52 від 02.02.2011 р. Реалізація завдань Концепції передбачає зниження материнської, перинатальної захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їх новонародженим дітям. Підвищення рівня доступності родопомочі, її безпечності та економічної ефективності відповідатиме рекомендаціям ВООЗ і має на меті поліпшення здоров'я матерів та дітей.

Ризики, які можуть стати на заваді реалізації основних завдань Концепції, такі:

1. Недостатність інформаційної підтримки реорганізації, обмеженість фахівців, які можуть доносити інформацію до населення щодо цих питань, що може створити опір реформам через несприйняття та острахи відносно можливих наслідків реформаторських дій.

2. Недосконалість нормативно-правової бази у сфері охорони материнства і дитинства, що може призвести до перебою та недоліків щодо стабільного міжбюджетного фінансування.

3. Кадрові проблеми – недостатня якість до- та післядипломної підготовки лікарів загальної практики/сімейної медицини з питань акушерства та гінекології, а також низький рівень зарплатні медперсоналу, їх соціальної захищеності, передусім на селі.

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

5. Знаний рівень бідності серед населення, особливо серед багатодітних сімей, що зумовлює підвищення перинатального ризику.

Основою реформування та оптимізації системи надання перинатальної допомоги населенню є регіоналізація перинатальної допомоги, що передбачає такий розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам в Україні, який би максимально забезпечував своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я та з урахуванням регіональних особливостей.

Загальний принцип регіоналізації перинатальної допомоги ґрунтується на оцінці ступеня перинатального ризику і, відповідно до виявленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога.

Сьогодні розбудова якісно нової моделі надання перинатальної допомоги на базі перинатальних центрів III рівня завершується. До її стратегічних напрямів належать:

- регіоналізація акушерської та неонатологічної допомоги відповідно до рівня її надання;
- концентрація сучасного обладнання для забезпечення своєчасного надання медичної допомоги на відповідному рівні;
- активне впровадження сучасних перинатальних технологій;
- постійний перегляд та поновлення національних протоколів;
- закриття пологових стаціонарів з кількістю пологів менше 300 на рік;
- впровадження системи моніторингу та оцінки, орієнтованих на пошук та вирішення проблем у кожному медичному закладі.

Основні завдання регіоналізації перинатальної допомоги:

- створення мережі перинатальних центрів (III рівня – за кошти державного/місцевого бюджету, II рівня – за кошти місцевих бюджетів);
- розробка маршруту вагітних (особливо вагітних групи високого ризику);
- робота виїзних реанімаційно-консультативних центрів (інтерактивне консультування), бригад з надання допомоги вагітним, дітям;
- створення навчальних центрів для підготовки медичних кадрів мережі (на базі перинатальних центрів III рівня).

Впровадження стратегії регіоналізації перинатальної допомоги в країні дасть можливість:

- забезпечити медичною допомогою глибоконедоношених дітей, знизити ризик інвалідизації дітей, перинатальної, малюкової смертності;
- своєчасно виявляти у вагітних ускладнення, які є основними причинами невиношування вагітності та передчасного народження дітей;
- підвищити кваліфікацію медичного персоналу щодо застосування сучасних технологій ведення вагітних та новонароджених із групи високого ризику;
- оптимізувати кадрове та матеріально-технічне забезпечення перинатальної служби.

Література:

1. Радиш Я. Ф. Правове регулювання медичного забезпечення дитячого населення в Україні / Я. Ф. Радиш, А. Б. Віденський // Совр. педиатрия. – 2009. – № 4 (26). – С. 8–14.
2. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко; МОЗ України, 2012. – 111 с.

3. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Введение. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1998. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех № 5).
4. Авраменко Т. В. Стан надання перинатальної медичної допомоги в Україні / Т. В. Авраменко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. II, № 1 (3). – С. 6–10.
5. Гойда Н. Г. Внесок міжнародних проектів та програм у поліпшення здоров'я матерів та дітей в Україні / Н. Г. Гойда // Мистецтво лікування. – 2009. – № 7 (63). – С. 38–39.
6. Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених: наказ МОЗ України від 29.03.2006 р. № 179 (zareestrovano в Міністерстві юстиції України 12.04.2006 р. № 427/12301).
7. Жилка Н. Я. Стратегія розвитку служби охорони материнства та дитинства в Україні / Н. Я. Жилка // Укр. мед. альм. – 2008. – Т. 11. – № 4. – С. 61–64.
8. Гойда Н. Г. Актуальність створення перинатальних центрів в Україні / Н. Г. Гойда, В. Є. Донець // Здоров'я жінчини. – 2012. – № 4 (70). – С. 14–16.
9. Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций / Утверждена резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.un.org/Russian/document/declarat/summitdecl.htm>. – Название с экрана.

Линник С.А., канд. наук с государственного управления, директор государственного учреждения «Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины»

Внедрение в Украине положений международных стратегий относительно усовершенствования предоставления перинатальной помощи. *В статье осуществлен анализ реализации в Украине международных стратегий, касающихся предоставления перинатальной помощи. Определен круг задач государства по обеспечению реализации указанных стратегий в отечественной системе здравоохранения. Обосновывается, что реформирование существующей перинатальной службы в Украине позволит создать условия для безопасной беременности и родов, организовать профессиональное сопровождение осложненной беременности и родов в условиях акушерской и соматической патологии у матери, антенатально диагностировать нарушения внутриутробного развития, повысить эффективность неонатологической помощи.*

Ключевые слова: *стратегия, перинатальная служба, охрана здоровья материнства и детства, уровень рождаемости, неонатологическая помощь, регионализация медицинской помощи.*

Lynnyk S.A., Candidate of Public Administration Sciences, Director Of Public institution «Ukrainian Institute of Strategic Health Studies of Ukraine»

Introduction of international strategies for improvement of perinatal aid provision in Ukraine. *The analysis of the implementation of international policies relating to the provision of perinatal care in Ukraine is given in the article. The range of tasks for the state in ensuring the implementation of these strategies in the national health care system is defined. It is determined that restructuring of the existing perinatal service in Ukraine will create conditions for a safe pregnancy and childbirth, organize professional support in the cases of complications of pregnancy and childbirth under obstetric and somatic mother's disease, diagnose prenatal disorders of fetal development, improve neonatal care.*

Key words: *strategy, perinatal services, protection of health motherhood and childhood, birth rate, neonatal care, regional first aid.*