
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ І ДИТИНИ В УКРАЇНІ

Марічерета В. Г.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-466-5-4>

ВСТУП

Організація надання перинатальної допомоги в Україні та законодавство щодо надання такого типу медичної допомоги базуються на Конституції України. Стаття 3 щодо здоров'я та життя громадян незалежної України проголошує, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави. Кожна людина має невід'ємне право на життя». А стаття 27 встановлює, що кожна людина має невід'ємне право на життя і ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини.

Надання перинатальної допомоги організовано на підставі Конституції, Основ законодавства України про охорону здоров'я та Закону України «Про охорону дитинства», Наказу МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах». Стаття 57 Основ законодавства визначає, що материнство в Україні охороняється і заохочується державою. Згідно статті 6 Закону України «Про охорону дитинства», кожна дитина має право на життя з моменту визначення її живонародженою та життєздатною за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я¹.

Україна зберегла розгалужену мережу медичних закладів для дітей та матерів. Медичну допомогу дітям надають у 68 пологових будинках (перинатальних центрах) на 8 794 ліжка, 27 обласних дитячих лікарнях на 9 263 ліжка, 43 міських дитячих лікарнях на 6 945 ліжок, 260 центральних районних, обласних лікарнях, диспансерах тощо.

¹ Дудіна О. О., Волошина У. В. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 64–69.

Відповідно до вимог ВООЗ, в Україні розроблено дієву нормативно-правову базу з питань регіоналізації перинатальної допомоги, яка містить порядок та терміни регіоналізації перинатальної допомоги, порядок аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня; індикатори якості та безпеки діяльності закладів I, II і III рівнів перинатальної допомоги; перелік матеріально-технічного оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги та його оновлення.

Наказом МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» запроваджено порядок регіоналізації перинатальної допомоги, рівні та обсяг перинатальної допомоги в закладах охорони здоров'я та критерії визначення рівня закладу, який надає перинатальну допомогу. Наказом МОЗ від 12.01.2022 р. № 52 визначено Перелік установ державної та/або комунальної форми власності, які виконують функції експертного та регіональних центрів неонатального скринінгу для створення нової системи неонатального масового скринінгу в Україні.

З 2018 року реалізується Програма медичних гарантій для первинної медичної допомоги, а з 2020 року розпочалася реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за Програмою медичних гарантій відповідно до Закону України від 19.10.2017 р. № 2168 для всіх видів медичної допомоги. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення затверджується щороку на відповідний рік Урядом та встановлюються тарифи на медичні послуги. Тарифи сплачуються Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до Програми медичних гарантій безпосередньо надавачам медичних послуг – закладам охорони здоров'я, які заключили договір з НСЗУ. Усі громадяни, у тому числі хто проживає на тимчасово окупованій території і бажає підписати декларацію з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, можуть це зробити. Це дозволяє отримувати повний перелік послуг первинної медичної допомоги безоплатно. Ці послуги оплачує НСЗУ. Крім того, вони можуть отримати необхідні лікарські засоби, що закуповуються централізовано в межах державних програм. Для безперебійної роботи лікарень під час воєнної агресії РФ Уряд України прийняв зміни до Порядку реалізації програми медичних гарантій у 2022 році, затвердженого постановою КМУ № 1440. Ці зміни забезпечують фінансування медичних закладів у надзвичайній ситуації. Так, медичні заклади з початку війни отримували фіксовану суму коштів, які сплачуватиме НСЗУ (Національна служба здоров'я України). При цьому НСЗУ не враховуватиме фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я через відсутність можливості

багатьох закладів робити це. Також заклади не зобов'язані подавати звіти для оплати. Всі оплати відбуватимуться на основі реєстрів, які формує і передає до органів державного казначейства НСЗУ.

1. Система надання перинатальної допомоги в Україні

Регіоналізація перинатальної допомоги передбачає розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам у кожному окремому регіоні за трьома рівнями². Трирівнева система передбачає розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я відповідно до рівнів перинатальної допомоги³.

Вся перинатальна допомога в Україні надається кваліфікованим персоналом, який набув відповідної компетенції згідно з чинним законодавством України.

До закладів охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги належать:

- на амбулаторному (догоспітальному) етапі – фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт, сільська лікарська амбулаторія, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, амбулаторія загальної практики сімейної медицини, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї;

- на госпітальному етапі – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого рівня з кількістю пологів 400 і більше на рік, пологові відділення районних, центральних районних та міських лікарень. На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога вагітним надається у відділенні патології вагітних лікарні планового лікування.

Заклади охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги забезпечують: профілактичну та інформаційно-просвітницьку роботу (включно з питаннями планування сім'ї); діагностику вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності; виявлення та скеровування вагітних груп ризику на вищий рівень надання перинатальної допомоги; надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим при невідкладних станах; розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах; здійснення динамічного спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції).

² Регіоналізація перинатальної допомоги: американський досвід // Доповідь на міжнародній конференції». URL: <http://www.slideshare.net/MCH-org-ua/ss-17177098>

³ Дудіна О. О., Дзюба Г. А., Терещенко А. В., Коваленко О. О. Результати вивчення доцільності проведення моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3 (35). С. 50–58.

До першого рівня надання допомоги віднесені також всі приватні пологові будинки.

На II рівні перинатальної допомоги створені заклади охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги з кількістю пологів не менше 400 на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км. Для віддалених районів питання щодо кількості пологів вирішується в індивідуальному порядку з урахуванням можливостей регіону за погодженням з територіальним органом охорони здоров'я.

До закладів охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги належать:

- на догоспітальному етапі – жіночі консультації як окремі юридичні особи, так і відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та/або міських багатoproфільних поліклінік, та/або міських багатoproфільних лікарень;

- на госпітальному етапі – багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування другого рівня з кількістю пологів 800 і більше на рік, міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у тому числі створені на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральної районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів, з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км.

Заклади охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги забезпечують: надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, як на I рівні перинатальної допомоги; надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла > 1500 г (термін гестації \geq 34 тижнів), які мають порушення життєво важливих органів.

До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний перинатальний центр або міський перинатальний центр (міста Києва) як юридична особа, так і відокремлений структурний підрозділ закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги на тих адміністративно-територіальних одиницях, які мають заклади вищої медичної освіти I–IV рівнів акредитації, можуть бути клінічними базами кафедр державних закладів вищої медичної освіти.

Система регіоналізації перинатальної допомоги передбачає створення перинатального центру III рівня потужністю, яка визначається потребою у високоспеціалізованій перинатальній допомозі, в розрахунку один на 7000–10000 пологів.

Заклади охорони здоров'я III рівня забезпечують: надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня

акушерського та перинатального ризиків (за сукупністю факторів) та новонародженим з масою тіла ≤ 1500 г і терміном гестації ≤ 34 тижнів, у тому числі новонародженим із критично низькою вагою при народженні незалежно від наявної патології; надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, у тому числі з виїздом у заклади охорони здоров'я I та II рівнів перинатальної допомоги; взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я.

Таке розділення сприяло раціональній оптимізації закладів перинатальної допомоги за її рівнями, підвищенню якості, доступності до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, створенню можливості виходжування дітей з дуже низькою масою тіла при народженні.

Втім з початком війни в Україні з'явилися фактори, що ускладнюють надання перинатальної допомоги. Стрес, недоїдання, порушення логістики між населеними пунктами, руйнації медичних закладів та відсутність медичної допомоги на тимчасово непідконтрольних Уряду України територіях – це ті проблеми, які найбільше вплинули на вагітних в Україні. За словами лікарів, і тяжких патологій, і передчасних пологів, і викиднів зараз більше, ніж до початку повномасштабного вторгнення в Україну. Ситуація також ускладнюється через зниження обсягу державного фінансування у зв'язку з воєнною агресією та внутрішньою і зовнішньою міграцією висококваліфікованого медичного персоналу, особливо це помітно на тимчасово непідконтрольних Уряду України територіях.

Стаціонарний заклад охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги укомплектований кваліфікованим медичним персоналом та матеріально-технічним оснащенням достатніми для забезпечення надання допомоги жінкам низького рівня перинатального ризику при фізіологічних пологах, визначення стану здоров'я новонародженого, догляду та спільного перебування дитини з матір'ю. При необхідності надання невідкладної медичної допомоги у невідкладних випадках, інтенсивної терапії жінкам, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим медичний персонал має достатню кваліфікацію для стабілізації стану жінки та новонародженого для подальшого переведення в заклад охорони здоров'я вищого рівня перинатальної допомоги.

Пологові відділення закладу охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги, крім мінімального базового оснащення, мають обладнання для первинної реанімації новонароджених та для надання невідкладної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, палату інтенсивної терапії

новонароджених (залежно від кількості пологів, але не менше одного ліжка) з наявністю кисневого намету, з неінвазивною дихальною підтримкою (CPAP).

Зклади охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги забезпечують: надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, як на I рівні перинатальної допомоги; надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла > 1500 г (термін гестації \geq 34 тижнів), які мають порушення життєво важливих органів.

Крім обладнання, яке ідентичне обладнанню в закладах I рівня, заклади охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги обладнані відділеннями інтенсивної терапії для жінок та відділеннями інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше трьох ліжок.

На госпітальному етапі стаціонарна II рівня медична допомога надається у відділенні патології вагітних, пологовому відділенні з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених, відділенні неонатального догляду та лікування новонароджених лікарні інтенсивного лікування.

У закладах охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги обладнані відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше 12 ліжок.

Транспортування вагітної, роділлі, породіллі, новонародженого в заклад більш високого рівня для надання медичної допомоги вищого рівня відбувається спеціалізованим транспортом із закладу охорони здоров'я вищого рівня перинатальної допомоги для переведення вагітної, та/або роділлі, та/або породіллі, та/або новонародженого. Транспортування забезпечує обласна служба швидкої медичної допомоги, що регламентоване відповідним законодавством^{4 5 6}.

Значною проблемою 2023 року, з якою стикаються лікарі пологових будинків в Україні є порушення транспортних зв'язків між містами та сільською місцевістю, зруйновані дороги, мінування шляхів – все це ускладнює доступ вагітних жінок до медичної допомоги. UNFPA за

⁴ Моїсеєнко Р. О. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. Міністерство охорони здоров'я України. 2012. 136 с.

⁵ Наказ МОЗ України від 06.02.2014 р. № 51 «Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0220-15>.

⁶ Наказ МОЗ України від 28.11.2013 р. № 1024 «Про затвердження Порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику в Україні». URL: <http://motherandchild.org.ua/ukr/resource/412>.

підтримки урядів Іспанії, Данії та ЄС закупив та підтримує роботу низки мобільних бригад репродуктивного здоров'я. Це автомобілі швидкої допомоги, що повністю оснащені для проведення оглядів, консультацій та оперативного транспортування жінок до лікарень обласного центру. На даний час, враховуючи сучасні умови, в декількох перинатальних центрах створено проєкт «Окремі мобільні бригади» – це фактично виїзний медично-консультаційний пункт з надання усієї необхідної акушерсько-гінекологічної та терапевтичної допомоги вагітним, який оснащений лабораторією⁷.

Суть проєкту спеціальних мобільних бригад: лікарі мобільних бригад під час візитів до громад надаватимуть консультації та медичні послуги, які включають медичне обстеження, діагностику, призначення необхідного лікування, направлення до суміжних спеціалістів або в стаціонар для надання спеціалізованої медичної допомоги, консультації з питань профілактики захворювань та забезпечуватимуть подальше спостереження.

Війна вносить свої корективи і в організацію перинатальної допомоги – необхідність обладнання укриттів, які облаштовані всім необхідним для пологів і надання невідкладної допомоги, а також проблеми із відсутністю електроенергії у зв'язку з руйнування критичної енергосистеми України через масовані ракетні удари. Проте перевезення «важких» дітей і жінок в укриття – це завжди високий ризик для їхнього життя, тому лікарі і медсестри приймають рішення, в першу чергу, на користь породіллі і її життя.

Багато вагітних виїхали в західну частину України, де вони знаходять прихисток і безпеку, тобто має місце внутрішнє переміщення вагітних та збільшення навантаження на регіональні перинатальні центри саме західних регіонів України.

У цілому по Україні, в переважній більшості областей, забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів. В тому числі, вагітних з вадами серця (ІК у ЗПД III рівня 61,0–66,9%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 50,5–47,0%) при порогових значеннях цих показників не менше 50% і 25–30% відповідно.

Високим, з тенденцією до зростання, залишається показник частоти кесаревих розтинів – 17,7–18,3%, при коливанні його від 13,0% у закладах перинатальної допомоги I рівня до 19,3% у ЗПД II рівня та 27,6% у закладах перинатальної допомоги III рівня. Доволі високим

⁷ Дудіна О. О., Терещенко А. В. Перші результати впровадження заходів національного проєкту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2014. № 1. С. 5–12.

(4,1% при оптимальному близько 1%) залишається й індекс неонатальних трансферів.

Характерна позитивна тенденція концентрації у закладах перинатальної допомоги III рівня розроджень немовлят з дуже малою масою тіла при народженні – 59,0% у 2014 р. і 62,0% у 2015 р. новонароджених масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4–55,3% з масою тіла 1000–1499 г та достатня концентрація у закладах перинатальної допомоги II–III рівнів новонароджених з масою тіла при народженні 1500,0–2499 г – 75,8–71,4%.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ [4; 5], в Україні, починаючи з 2011 р., організована система перинатальної допомоги, в яку введено нормативи, які наведені нижче.

Посади лікарів акушер-гінекологів / педіатрів-неонатологів вводяться з розрахунку:

- Для забезпечення надання допомоги в стаціонарі – одна посада на 15 ліжок у післяпологовому відділенні з ліжками спільного перебування матері та дитини, гінекологічному відділенні з ліжками дитячої та підліткової гінекології, або 10 ліжок у відділенні патології вагітних і екстрагенітальної патології, відділення медицини плода та раннього терміну вагітності, відділенні оперативної гінекології з малоінвазивними операціями.

- Для надання цілодобової екстреної акушерсько-гінекологічної допомоги у пологовому відділенні з індивідуальними та сімейними пологовими залами вводиться 1 цілодобовий пост лікаря-акушера-гінеколога на 3 індивідуальні або сімейні пологові зали; та 1 цілодобовий пост лікарів-педіатрів-неонатологів на 10 індивідуальних або сімейних пологових залів;

- Для надання цілодобової екстреної акушерсько-гінекологічної допомоги у всіх відділеннях, крім пологового, введено 1 цілодобовий пост лікаря акушера-гінеколога на 100 ліжок та 2 цілодобових поста у закладі понад 200 ліжок. За наявності у перинатальному центрі 50 і більше ліжок для немовлят додатково вводиться 1 цілодобовий пост лікарів-педіатрів-неонатологів.

- На виїзні бригади невідкладної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги створено окремі цілодобові пости лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-педіатрів-неонатологів (дитячих анестезіологів) та лікарів анестезіологів.

- Для надання інтенсивної терапії новонародженим у перинатальних центрах розгортається відділення інтенсивної терапії новонароджених з розрахунку 3 ліжка на 1000 пологів у перинатальному центрі. Посади лікарів-педіатрів-неонатологів відділень інтенсивної терапії новонароджених перинатальних центрів встановлюється з розрахунку 1 цілодобовий пост на 3 ліжка.

Дані аналізу ефективності впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні в цілому підтвердили очікувані результати – наближаються до орієнтовних (17%) показники питомої ваги пологів у перинатальних центрах III рівня – 17,7%, індекс концентрації розроджень в умовах ЗПД III рівня вагітних із вадами серця – 66,9% (не менше 50%), з хворобами системи кровообігу – 47,0% (25–30%).

2. Аналіз ключових показників перинатальної допомоги в Україні

В Україні має місце позитивна динаміка ускладнених пологів від 67,8% у 2001 р. до 36,23% у 2019 р., ОР при 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27), аномалії пологової діяльності від 111,2 до 41,14 на 1000 пологів, ОР при 95% ДІ 0,3 (0,3–0,4), акушерська кровотеча від 36,3 до 18,55, ОР з 95% ДІ 0,5 (0,49–0,53). Проблемними залишаються питання збільшення обсягу оперативних втручань у пологах – частота кесаревого розтину з 114,99‰ до 253,1‰, ОР з 95% ДІ 2,4 (2,3–2,4), інструментальних статевого пологів – з 5,2 ‰ до 13,8‰, ОР з 95% ДІ 2,6 (2,5–2,8). Рівень материнської смертності залишається високим, незважаючи на позитивну динаміку (23,9 на 100 тис. народжених у 2001 році та 14,9 у 2019 році). Зареєстроване зниження репродуктивних втрат з 9,1% у 2001 р. до 8,8% у 2019 р. супроводжувалося несприятливою зміною структури перинатальної смертності – зростанням мертвороджуваності з 4,8‰ до 5,8‰, ОР з 95% ДІ 1,2 (1,1–1,3) на фоні стійкого зростання частки внутрішньоутробної смерті плода – з 85,3% у структурі мертвороджуваності у 2001 р. до 90,5% у 2019 р. зі зниженням постнатальної смертності з 4,3‰ до 3,0‰, ОР з 95% ДІ 0,7 (0,6–0,8). Нажаль, відповідна статистика відсутня на період воєнного стану.

Незалежно від рівня надання допомоги, пологи приймають лікар та акушерка.

Близько 1% пологів в Україні відбувається за межами спеціалізованих пологових відділень (переважно за рахунок так званих планованих домашніх пологів у присутності «духовної акушерки»). Проте на сьогодні в Україні такий вид пологів не регламентований законодавчо.

Ведення всіх пологів, незалежно від рівня закладу супроводжується партографією (веденням партограм).

Не дивлячись на організовану етапну та рівневу систему перинатальної допомоги, в Україні має місце зростання материнської смертності. Останні дані, отримані в 2021 році демонструють зростання показника материнської смертності до 38,2 на 100 тис. народжених живими (104 жінки) проти 18,7 за аналогічний період 2020 року (55 жінок). Хоча цей показник в Україні за останні десятиріччя значно

зменшився між 1981 і 2014 роками з 41 до 15 смертей на 100 000 живонароджених. Ця тенденція зберігалася на рівні плато до 2017 року (19 смертей на 100 000 живонароджених). Цільовий показник материнської смертності в Україні (11,8), ще не досягнутий.

Основними клінічними причинами материнських втрат останніми роками залишаються «непрямі причини» (тромбоемболічні, анафілактичні, анестезіологічні, трансфузіологічні ускладнення, розрив матки) та екстрагенітальна патологія вагітних. Кровотечі, гестози, септичні ускладнення протягом останніх трьох років стабільно займають останні рангові місця.

Показник малюкової смертності в Україні, не дивлячись на зниження залишається високим і перевищує показник розвинених країн Європейського регіону у декілька разів. Смертність дітей у віці до 1 року поступово зменшувалась до 2021 року. Найнижчі значення показника смертності немовлят спостерігалися у 2018–2020 роках, коли ці показники сягали 7,1‰ – 7,0‰ – 6,7‰. У 2021 році маємо зростання показника до 7,2 ‰, за розрахунками Державної служби статистики України без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та даних по Донецькій і Луганській областях. Ймовірно, що зростання показника, швидше за все, пов'язане з пандемією COVID-19.

У абсолютних показниках народжуваність представлена наступним чином. У 2021 році в Україні народилося 271 984 дитини. У січні 2022 року в Україні народилося 18 062 немовлят. За 9 місяців повномасштабної війни РФ у 2022 році в Україні зареєстровано 152 тисячі пологів, ця кількість зменшилася на 36 тисяч порівняно з таким самим періодом 2021 року.

Станом на 08.02.2023 року відомо, що з 24 лютого 2022 року в Україні російські військові вбили щонайменше 461 дитину, щонайменше 920 дітей поранили, 347 зниклих дітей розшукує Національна поліція України, 16168 дітей депортовані (примусово переселені).

Останні десять років рівень смертності немовлят в міських поселеннях був значно нижчий, ніж в сільській місцевості. З 2010 року смертність дітей у віці до 1 року у сільських районах в 1,21 рази вища за смертність у містах (сільська місцевість – 10,3‰, міські поселення – 8,5‰). У 2021 році значно зменшилась різниця смертності немовлят у сільській місцевості та у містах (7,5‰, 7,0‰ відповідно), але при цьому малюкова смертність у місті зросла з 2019 року з 6,3 до 7,0 на 1000 народжених живими у 2021 році.

У структурі смертності дітей до 1 року за причинами смерті у 2010–2021 році зростають показники та зберігається тенденція у структурі:

- 1 місце – стани, які виникли у перинатальному періоді (57%);

- 2 місце – природжені вади розвитку (21%);
- 3 місце – зовнішні причини смертності (3,5%).

За даними керівника Харківського регіонального перинатального центру, патологій вагітності у жінок стало більше саме через війну. Особливо важко довелося вагітним, які перебували на окупованих територіях. Основні патології, з якими стикаються перинатальні центри у східних частинах України, – це патології, які «були характерні для минулих часів». Це пов'язано з тим, що породілля «не мали змогу проходити лікарське обстеження, багато у кого загострилися хронічні захворювання. Майже кожна жінка з окупованої території має анемію через погане харчування. Також характерні інфекційні ураження плоду».

Значним кроком в охороні здоров'я дітей стало прийняття рішення щодо реєстрації з 1 січня 2007 року дітей, які при народженні мали вагу від 500 грамів і більше, у відповідності до нових критеріїв перинатального періоду, затверджених наказом МОЗ України від 29.03.2006 р. № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених». Таким чином, юридично визнано право на життя, реєстрацію і громадянство всіх народжених дітей незалежно від терміну вагітності і ваги при народженні, що відповідає статтям 6, 7 Конвенції про права дитини.

Задля створення привабливих умов для народження дітей, з 2004 року в закладах системи охорони здоров'я України, де отримують медичну допомогу матері і діти, впроваджується Розширена Ініціатива ВООЗ та ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (далі – РІЛДД), яка передбачає, окрім питань підтримки грудного вигодовування, впровадження ефективних сучасних перинатальних технологій в родопомічних закладах.

Забезпечується постійне оновлення Реєстрів цих медичних закладів. Станом на 01.01.2022 р. в Україні налічується 440 заклади охорони здоров'я, сертифікованих відповідно статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» (за виключенням АР Крим, м. Севастополя та непідконтрольних Уряду України територій Донецької та Луганської областей), де у свій час також активно запроваджувалася ця ініціатива.

Приділяється значна увага поширення цієї ініціативи для сільського населення оцінки та сертифікації центрів первинної медико-санітарної допомоги. Станом на 01.01.2022 р. налічується 45 ЦПМСД мають статус «Лікарня, доброзичлива до дитини». Система проведення оцінки/переоцінки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» визначена наказом МОЗ від 28.10.2011 р. № 715. Перший заклад було сертифіковано у 2001 році. У зв'язку з карантинними обмеженнями, пов'язаними з епідемією

COVID-19, впродовж 2020–2021 років проводилися поодинокі оцінки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» регіональними експертами. В Україні відсутні регіони, де б не було жодного закладу зі статусом «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Не дивлячись на воєнний стан Україна максимально захищає та гарантує дітям право на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, сприяє створенню безпечних умов для життя і здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формуванню навичок здорового способу життя.

Проте за умов воєнного стану та післявоєнного відродження України існує потреба у подальшому розвитку системи надання перинатальної медичної допомоги.

3. Шляхи розвитку перинатальної допомоги в Україні

Стратегічно важливою соціально-демографічною проблемою в Україні, що стала значно відчутною під час воєнної агресії РФ в Україні у зв'язку з зовнішньою міграцією, є тривала депопуляція в Україні з суттєвим погіршенням якісних характеристик здоров'я населення, передусім репродуктивного. Основним шляхом вирішення цієї проблеми є стимулювання народжуваності на національному рівні за рахунок удосконалення демографічної політики із збільшенням прямої державної допомоги при народженні дитини та децентралізацією інструментів впливу на соціо-демографічні показники. Місцева влада також має сприяти збільшенню народжуваності шляхом прямих виплат, а також сприянням створення робочих місць із гнучким режимом зайнятості для жінок, покращення інформаційної підтримки матерів і сімей з акцентуацією на психологічну підтримку (особливо психологічна підтримка постраждалим від воєнної агресії на тимчасово окупованих територіях України), пропагандою сімейних цінностей та здорового образу життя, сприяння оздоровленню жінок фертильного віку, розширенню доступу до різних методів контрацепції, зміни вікової структури пологів, а також збільшення інтервалу між пологами, покращенням екологічної ситуації у місті та профілактикою захворювань. Така інформаційна політика має бути децентралізованою, де серцем перетворення є територіальні громади як центри соціального тяжіння для навколишніх територій, що буде сприяти залученню молоді (у т. ч. переміщених осіб з тимчасово окупованих територій) як найбільш мобільної категорії населення. Відтак, важливим є розвиток саме соціально-економічної складової політики покращення демографічних показників України у післявоєнному періоді.

Критеріями ефективної реалізації цих заходів є, з одного боку, збільшення показників репродуктивного здоров'я населення, загального коефіцієнту народжуваності, спеціального коефіцієнту народжуваності, безпеки пологів, і з іншого – зниження показників рівня материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності, ранньої та пізньої неонатальної смертності, постнеонатальної смертності, а також позитивні тенденції у структурі перинатальної та малюкової смертності від хвороб органів дихання, вроджених аномалій, інших хвороб⁸.

Необхідно також забезпечити аналіз та перегляд існуючої нормативно-правової бази у сфері охорони материнства та дитинства, зокрема організувати на загальнонаціональному рівні оновлення клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги матерям та дітям та планування сім'ї за принципами доказової медицини та чітким визначенням якості надання перинатальної допомоги. Важливим є оновлення логістичних шляхів транспортування пацієнтів задля надання екстреної акушерської та перинатальної допомоги. Оновлення амбулаторної документації, перинатальної карти відповідно до стандартів ВООЗ. А також запровадження систематичного стратегічного аналізу у сфері материнського і перинатального здоров'я, що потребує змін до нормативно-правової бази, з метою подальшого удосконалення якості медичної допомоги.

Організаційні заходи включають забезпечення оптимізації системи охорони здоров'я матері та дитини. З одного боку, це мають бути заходи з відновлення мережі потужних перинатальних центрів із передбаченням функціонування у їх складі медико-генетичних консультацій; забезпечення діяльності мережі центрів неонатального скринінгу та запровадження нових видів скринінгу новонароджених на вроджені вади, удосконаленням наданням їм допомоги; забезпечення моніторингу надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я на рівні територіальних громад; розширення послуг системи підготовки батьків до народження дитини та охоплення консультативними послугами дітей підліткового віку з питань збереження репродуктивного здоров'я.

З іншого боку, скорочення родопомічних закладів, які є неефективними, і концентрація перинатальної допомоги на базі лікувальних закладів з більшою потужністю, які мають надавати допомогу на засадах єдиного медичного простору – тобто клінічний аудит якості надання акушерської і перинатальної допомоги. Клінічний аудит якості надання акушерської і перинатальної допомоги має

⁸ Слабкий Г. О., Гойда Н. Г., Моїсеєнко Р. О., Терещенко А. В., Дудіна О. О. Використання SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 142–148.

будуватися також на оцінці стану основних фондів закладів охорони здоров'я, забезпеченості кадровими, фінансовими, матеріальними та інтелектуальними ресурсами, медичних і організаційних технологій, адекватності їх чинним стандартам, результативності⁹. Задля оцінки результативності діяльності перинатальних центрів має бути здійснений аналіз відповідності надання перинатальної допомоги оновленим національним протоколам і стандартам, а також мають бути на національному рівні запроваджені кількісні та якісні показники, які будуть ключовими для прийняття рішення щодо скорочення малоефективних медичних закладів. Серед цих показників мають бути:

- кількість прийнятих родів за певний період, із аналізом його динаміки;
- відсоток ускладнених родів у загальній кількості родів за певний період, із аналізом його динаміки;
- відсоток прийнятих завчасних родів за певний період, із аналізом його динаміки;
- показник мертвонародженості, із аналізом його динаміки;
- показник виживання дітей з екстремально низькою масою тіла, із аналізом його динаміки;
- показник фето-інфантильних втрат, із аналізом його динаміки;
- показник смертності матері через кровотечі, сепсис та інші причини із аналізом його динаміки;
- показник смертності матері, що померла поза межами медичного закладу;
- показник тяжких захворювань (критичних станів) і тяжких акушерських ускладнень без летальних випадків, із аналізом його динаміки;
- тощо.

Цей перелік не є вичерпним – на сьогодні він складається із 60 показників (індикаторів) для проведення комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги. Для забезпечення доступності і достовірності мають бути обрані лише показники, передбачені формами державної або галузевої статистики та даними моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги.

Задля ефективного проведення клінічного аудиту рекомендується використовувати національну та міжнародну команду експертів (що складається з акушерів-гінекологів, неонатологів, організаторів охорони здоров'я, статистичних аналітиків, соціологів).

Результатом клінічного аудиту якості надання перинатальної допомоги та оптимізації медичних закладів перинатальної допомоги

⁹ Терещенко А. В., Дудіна О. О., Моїсеєнко Р. О. Технологія моніторингу й оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги. *Здоров'я жінки*. 2014. № 9 (95). С. 22–27.

стане вивільнення ресурсів (фінансових, людських, матеріальних), які були спрямовані на розвиток перинатальної допомоги у цих малоефективних медичних закладах.

Після оптимізації перинатальної допомоги на загальнонаціональному рівні за рахунок скорочення неефективних родопомічних закладів, мають бути здійснені внутрішньорганізаційні заходи в медичних закладах на засадах концепції безперервного підвищення якості, що загальноприйнята у медичних закладах світу. Ця концепція зосереджує увагу на управлінні (клінічними) процесами і на виявленні відхилень у процесах надання акушерської і перинатальної допомоги, аналізу причин цих відхилень і похибок та їх усунення. Ця концепція базується на моделі Демінга, що покладено в основу підходу ВООЗ до аналізу причин материнської смертності. Концепція безперервного підвищення якості має базуватися на оновлених протоколах надання медичної допомоги з чітким описом алгоритмів надання акушерської і перинатальної допомоги (процесний підхід) із контролем медико-технологічного процесу в закладах перинатальної допомоги шляхом ретельного вимірювання його відхилень від стандартів.

ВИСНОВКИ

Важливими напрямками підвищення якості надання акушерської і перинатальної допомоги є:

1) ведення пацієнтки з моменту її госпіталізації до стаціонару до виписки з медичної установи («від порога до порога») з виявленням переваг та недоліків в організації та надання акушерської допомоги за 6 категоріями: направлення, надходження, діагностика, спостереження та подальше лікування, а також виписки;

2) управління факторами чи причинами, які заважали чи сприяли наданню якісної медичної допомоги – тобто ризиками надання акушерської і перинатальної допомоги, що можна класифікувати за категоріями: персонал, лікарські засоби, обладнання, протоколи, організація та управління, пацієнт та сім'я;

3) управління процесами надання акушерської та перинатальної допомоги, особливо оптимальної якості медичної допомоги при екстрених ситуаціях в акушерстві та неонатології.

Також важливим на національному рівні чинником безперервного підвищення якості є перегляд та оновлення компетенцій медичного персоналу перинатальних центрів усіх рівнів із зменшення навантаження на відповідних фахівців. Іншою складовою якісного покращення медичних кадрів є підвищення кваліфікації медичного персоналу як медичних закладів, що надають перинатальну допомогу усіх рівнів, а також і лікарів загальної практики (сімейної медицини) з орієнтацією на розвиток у них базових навичок ультразвукового

обстеження породілля та плода з метою оцінки розташування плоду, розвитку пологів, виникнення ускладнень, виникнення критичних станів під час родів, – задля подальшого прийняття рішень щодо перебігу родів та плану родів; систематичного удосконалення практичних навичок з невідкладних станів, надання анестезіологічної допомоги у акушерів-гінекологів, неонатологів, лікарів загальної практики (сімейної медицини). Інструментами підвищення кваліфікації відповідних фахівців на післядипломному рівні мають стати розвиток циклів підвищення кваліфікації, майстер-класів, тренінгів у закладах вищої медичної освіти, що фінансуються за рахунок державного та місцевого бюджетів; стажування у провідних перинатальних центрах України (за можливістю – Європи) за рахунок державного та місцевого бюджетів.

Проте лише кваліфікаційні заходи не можуть бути остаточним інструментом підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу задля забезпечення підвищення якості надання медичних послуг. Задля цього важливим інструментом, під час післявоєнного розвитку системи надання перинатальної допомоги в Україні, має стати удосконалення системи мотивації та стимулювання медичного персоналу цієї сфери. Це потребує удосконалення системи фінансування лікувально-профілактичних закладів із внесенням змін до Бюджетного кодексу України задля полегшення функціонування системи трансфертів, підтримки та розвитку перинатальних центрів, підвищення рівня заробітної плати медичних працівників та формування фінансових стимулів, що базуються на досягненні ними нормативних показників репродуктивного здоров'я населення, народжуваності, безпеки пологів, рівня материнської перинатальної та малокрової захворюваності, інвалідності та смертності у розрахунку до певного регіону, області, міста. Впровадження матеріальної винагороди, що побудована на досягненні медико-демографічних показників медичним персоналом, призведе до збільшення рівня відповідальності медичного персоналу певного регіону за якість надання перинатальної допомоги.

Проблема неукомплектованості висококваліфікованими медичними кадрами перинатальних центрів усіх рівнів, а також лікарями загальної практики (сімейної медицини) у регіонах України, які були окуповані під час воєнної агресії РФ проти України, зростає на післявоєнному етапі. Ця проблема актуалізується, оскільки ці регіони перейдуть до рівня депресивних. Відтак, доцільно поряд з існуючими формами розподілу випускників закладів вищої медичної освіти рекомендувати управлінням охорони здоров'я відповідних обласних державних адміністрацій укладати угоди на цільову підготовку лікарів із закладів вищої медичної освіти саме для перинатальних центрів. А для закріплення медичних працівників на місцях необхідно створити місцевими громадами відповідні умови: надання місця для проживання,

запровадження муніципальних надбавок та доплат у сільській місцевості та депресивних регіонах тощо.

Важливим є безумовно відновлення будівель та споруд перинатальних центрів, пологових будинків та інших медичних закладів, що надають відповідну допомогу, що були зруйновані під час війни, а також оновлення їхньої матеріально-технічної бази після його технічного аудиту, обладнання більшої кількості реанімобілів, відновити практику реальної санітарної авіації, тобто наявність санітарних гелікоптерів або їх спільне використання з Міністерством надзвичайних ситуацій. Це, безумовно, дозволить більш якісно надавати медичні послуги, зокрема, покращити кваліфікований догляд за вагітними, породіллями та новонародженими в умовах війни та на післявоєнному етапі. Прямим механізмом, в умовах недостатності та обмеженості бюджетного фінансування, є пошук іноземних донорів, спонсорів та благодійних організацій, залучення міжнародних проєктів технічної допомоги владними органами та місцевою владою. Іншим механізмом оновлення інфраструктури системи охорони матері і дитини – це державно-приватне партнерство.

Все вищезазначене представлено у вигляді моделі розвитку системи охорони здоров'я матері і дитини в Україні (рис. 1).



Рис. 1. Модель розвитку перинатальної допомоги в Україні

Таким чином, розвиток перинатальної допомоги в Україні на післявоєнному етапі має стати інтегральним міжсекторальним

(медичний, соціально-демографічний, фінансово-економічний, управлінський), що включає, безумовно, удосконалення медико-профілактичної допомоги, фінансової підтримки, освітньої складової та інформаційної складової.

АНОТАЦІЯ

Охорона здоров'я матері та дитини є пріоритетним напрямом державної політики в Україні задля забезпечення національної демографічної безпеки. В Україні останніми роками складається несприятлива демографічна ситуація. Рік у рік природний приріст населення є негативним, скорочується дитяче населення, підвищується рівень захворюваності та інвалідності серед дітей, показник материнської смертності залишається на досить високому рівні. Ця негативна динаміка погіршується на тлі довготривалої повномасштабної війни РФ проти України, для якої на сьогодні характерна наступна демографічна ситуація: надсмертність, високий рівень інвалідизації та міграційних процесів і низький рівень народжуваності, що є ключовими чинниками демографічної кризи в Україні. За прогнозами Інституту демографії та соціальних досліджень, населення України скоротиться до 30,5 млн осіб до 2037 року. Це буде відчутним ризиком для національної демографічної безпеки України. Таким чином, актуалізується питання удосконалення надання медичної допомоги матері і дитині.

У розділі монографії проаналізовані нормативно-правові засади організації перинатальної допомоги в Україні, структура перинатальної допомоги. Надані характеристики до закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу матері і дитині. Проаналізовані ключові показники перинатальної допомоги в Україні протягом останніх років. Автором представлені шляхи розвитку перинатальної допомоги в Україні.

Література

1. Дудіна О. О., Волошина У. В. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 64–69.
2. Регіоналізація перинатальної допомоги: американський досвід // Доповідь на міжнародній конференції». URL: <http://www.slideshare.net/MCH-org-ua/ss-17177098>
3. Дудіна О. О., Дзюба Г. А., Терещенко А. В., Коваленко О. О. Результати вивчення доцільності проведення моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3 (35). С. 50–58.

4. Моїсеєнко Р. О. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. Міністерство охорони здоров'я України. 2012. 136 с.

5. Дудіна О. О., Терещенко А. В. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2014. № 1. С. 5–12.

6. Наказ МОЗ України від 06.02.2014 р. № 51 «Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0220-15>.

7. Наказ МОЗ України від 28.11.2013 р. № 1024 «Про затвердження Порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику в Україні». URL: <http://motherandchild.org.ua/ukr/resource/412>.

8. Слабкий Г. О., Гойда Н. Г., Моїсеєнко Р. О., Терещенко А. В., Дудіна О. О. Використання SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 142–148.

9. Терещенко А. В., Дудіна О. О., Моїсеєнко Р. О. Технологія моніторингу й оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги. *Здоров'я жінки*. 2014. № 9 (95). С. 22–27.

Information about the author:

Marichereda Valeriia Hennadiivna,

<https://orcid.org/0000-0002-1611-3654>

Doctor of Medical Sciences, Professor,

Principal Vice-Rector,

Odessa National Medical University

2, Valikhovsky Lane, Odessa, 65062, Ukraine