

---

## СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СЛУЖБИ: АНАЛІЗ СВІТОВИХ І НАЦІОНАЛЬНИХ ПРАКТИК

---

Орабіна Т. М.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-466-5-6>

### ВСТУП

Система перинатальної допомоги об'єднує заходи із ведення вагітності та пологів, а також організацію допомоги новонародженим. За своєю сутністю перинатальна допомога є мультидисциплінарною, оскільки потребує тісної взаємодії акушерів-гінекологів, неонатологів, реабілітологів та інших фахівців. До найбільш актуальних проблем сучасної перинатальної допомоги належать питання догляду, інтенсивної терапії та реабілітації дітей, які передчасно народилися, з вродженими вадами розвитку та іншими захворюваннями.

На потреби перинатальної допомоги витрачаються значні кошти. За оцінками експертів, у США видатки на кожний випадок складають від 14768 дол. США (2655 дол. США з них жінка оплачує з власної кишені) до 26280 дол. США (3214 дол. США з них оплачуються з власної кишені)<sup>1</sup>. У Німеччині відповідно до Закону про допомогу у лікарнях (KHPfEG) у 2023–2024 очікується зростання витрат на потреби перинатальної допомоги на 100 млн. євро<sup>2</sup>.

Оптимальна перинатальна допомога на думку західних фахівців – це «максимальний перинатальний результат з мінімальним втручанням у контексті соціальної, медичної та акушерської ситуації»<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Rae M., Cox C., Dingel H. Health costs associated with pregnancy, childbirth, and postpartum care. *Peterson KFF. Health System Tracker*. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/health-costs-associated-with-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/>

<sup>2</sup> Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/khpflieg>

<sup>3</sup> Lukač A, Šulović N, Ilić A, Mijović M, Tasić D, Smiljić S. Optimal outcome factors in maternity and newborn care for inpatient (hospital maternity ward-HMW) and outpatient deliveries (outhospital maternity clinics -OMC). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 20;21(1):836. doi: 10.1186/s12884-021-04319-x.

З урахуванням відмінностей в організації системи перинатальної допомоги значний інтерес викликають питання вибору оптимальних моделей функціонування закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

З впровадженням в Україні концепції госпітальних округів (територіальних об'єднань закладів охорони здоров'я в одну мережу за принципом доступності медичної допомоги) питання оптимізації системи перинатальної допомоги постають особливо гостро<sup>4</sup>. Перш за все, щільність та кількість населення у різних регіонах України не є однаковою. З початку російсько-української війни, а особливо після широкомасштабного вторгнення значно збільшилася кількість внутрішньо переміщених осіб. Кадрове забезпечення закладів медичної і соціальної інфраструктури також змінилося. Крім того, країна зіткнулася із суттєвим дефіцитом фінансування цивільних закладів охорони здоров'я. За сучасними нормативами, на одні пологи НСЗУ виділяє 15101 грн<sup>5</sup>. Водночас почастишали випадки розірвання НСЗУ контрактів із закладами, що надають перинатальну допомогу у зв'язку із невідповідністю послуг, що надаються, нормативним вимогам. Так, у 2023 році, за результатами моніторингу був розірваний договір із Київським перинатальним центром щодо надання послуг за напрямком «неонатологія», серед виявлених порушень – відсутність необхідного медичного обладнання, цілодобових лабораторних, діагностичних досліджень, недостовірне внесення даних до ЕСОЗ. Сума претензій щодо невиконання послуг склала близька 100 млн грн<sup>6</sup>.

На жаль, багато з положень постанови КМУ № 589 від 16.06.2020<sup>7</sup> втілені у практику не були. Задекларовані принципи надання медичної допомоги (безпечність та якість, надання послуг на основі доказової медицини; своєчасність доступу; економічна ефективність) залишаються орієнтирами без практичного втілення. За відсутності сталої спроможної мережі ЗОЗ госпітального округу, ускладнюється надання послуг перинатальної допомоги.

---

<sup>4</sup> Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-p#n146>

<sup>5</sup> Пакети медичних послуг. НСЗУ. URL: [https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020\\_1581100466.pdf](https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf)

<sup>6</sup> НСЗУ розірве договір про надання медпослуг з Київським обласним перинатальним центром. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3847563-nszu-rozirve-dogovir-pro-nadanna-medposlug-z-kiiivskim-oblasnim-perinatalnim-centrom.html>

<sup>7</sup> Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2020 р. № 589. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2020-%D0%BF#Text>

## 1. Аналіз світових підходів до надання перинатальної допомоги

На сьогодні у світі не існує уніфікованих підходів до надання перинатальної допомоги. Залежно від національної системи охорони здоров'я, рівня соціально-економічного розвитку, місцевих традицій вибір стратегій варіює від максимальної регіоналізації та децентралізації, коли кожна багатопрофільна лікарня фактично стає відповідальною за усі питання перинатальної допомоги, до максимальної централізації, коли акцент робиться на розвитку не багатьох потужних центрів перинатальної допомоги та забезпеченні їхньої транспортної доступності.

Слід зазначити, що значна кількість пренатальних заходів, які безпосередньо не мають стосунків до власне перинатального періоду, є важливим підґрунтям для зменшення ризиків ускладнень вагітності та пологів. До них можна віднести програми Lamaze International, IBA, Birthing from Within, Bradley тощо.

Галузь перинатології, яку іноді називають медициною матері та плоду, є однією з галузей медицини, що найбільш швидко розвиваються. Проводяться дослідження в області фетальної генної терапії та терапії стовбуровими клітинами з надією забезпечити раннє лікування генетичних розладів<sup>8</sup>, відкритих операцій на плоді для корекції вроджених дефектів, таких, як вроджені вади серця<sup>9</sup>, профілактика прееклампсії та інших загрозливих ускладнень вагітності і пологів<sup>10 11 12</sup>.

Останніми роками істотні інновації були внесені у приватний сектор: такі стартапи, як Babyscripts і Maven<sup>13 14</sup>, пропонують споживачам нові, гнучкі способи участі в допологовому догляді за допомогою домашнього моніторингу, цифрових освітніх платформ і телемедицини візитів. Суттєвий вплив на практики пренатального моніторингу мала

---

<sup>8</sup> Mardy AH, Chetty SP, Norton ME. Maternal genetic disorders and fetal development. *Prenat Diagn.* 2020 Aug;40(9):1056-1065. doi: 10.1002/pd.5659.

<sup>9</sup> Sewell EK, Keene S. Perinatal Care of Infants with Congenital Birth Defects. *Clin Perinatol.* 2018 Jun;45(2):213-230. doi: 10.1016/j.clp.2018.01.007.

<sup>10</sup> Skeith L, Blondon M, Ni Áinle F. Understanding and Preventing Placenta-Mediated Pregnancy Complications. *Hamostaseologie.* 2020 Aug;40(3):356-363. doi: 10.1055/a-1184-8388. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32726830.

<sup>11</sup> Berlinska, L., Maricherda, V., Holubenko, M., & Pavlovska, O. Maternal factors of pre-eclampsia development. *Reproductive Endocrinology.* 2021. (58), 102–106. doi: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.58.102-106>

<sup>12</sup> Petersen EE, Davis NL, Goodman D, Cox S, Mayes N, Johnston E, Syverson C, Seed K, Shapiro-Mendoza CK, Callaghan WM, Barfield W. Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011-2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019 May 10;68(18):423-429. doi: 10.15585/mmwr.mm6818e1.

<sup>13</sup> Babyscripts. URL: <https://babyscripts.com>

<sup>14</sup> Maven. URL: <https://www.telehealth.com/online-doctor/maven-review/#best-features>

пандемія коронавірусної інфекції, внаслідок чого пріоритет став віддаватися телемедичним та гібридним моделям догляду<sup>15 16 17 18</sup>.

Деякі автори пропонують розробляти для територій з низькою щільністю населення та недостатньо розвинуеною транспортною інфраструктурою цільові програми з надання перинатальної допомоги<sup>19</sup>. Такі програми містять блок громадських профілактичних послуг, заходи з модифікації способу життя. У США з 2012 року федеральна Програма відвідування дітей на дому (MIECHV) є найбільшим джерелом фінансування програм допологового патронажу, підтримуючи реалізацію чотирьох програм: Early Head Start, Healthy Families America, Nurse-Family Partnership і Parents as Teachers<sup>20</sup>.

March of Dimes Supportive Pregnancy Care Program<sup>21</sup> пропонує груповий допологовий догляд за допомогою особистих або віртуальних групових зустрічей. Сайти, які впроваджують цю програму, можуть налаштовувати вміст і підходи відповідно до потреб різних організацій і громад.

Програми догляду за вагітними на дому спрямовані на запобігання передчасних пологів. Вагітні жінки з групи високого ризику, які беруть участь у цих програмах, мають більше шансів народити немовлят зі здоровим гестаційним віком і вагою при народженні, що призводить до покращення результатів для здоров'я.

Для покращення доступності для населення основних елементів перинатальної допомоги у деяких країнах впроваджені громадські мобільні клініки репродуктивного здоров'я. Це фургони з медичним обладнанням, які зазвичай обслуговують малозабезпечених або незастрахованих осіб як у міських, так і в сільських громадах. Мобільні

---

<sup>15</sup> Wassef A, Wassef E. Telemedicine in perinatal mental health: perspectives. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2022 Jun;43(2):224-227. doi: 10.1080/0167482X.2021.2024162.

<sup>16</sup> Hallford HG, Szyld E, McCoy M, Makkar A. A 360 Evaluation of Neonatal Care Quality at a Level II Neonatal Intensive Care Unit when Delivered Using a Hybrid Telemedicine Service. *Am J Perinatol*. 2022 Nov 10. doi: 10.1055/a-1932-9921

<sup>17</sup> Turrentine M, Nguyen BH, Choby B, Kendig S, King TL, Kotelchuck M, Moore Simas TA, Srinivas SK, Zahn CM, Peahl AF. Frequency of Prenatal Care Visits: A Core Outcome Set for Prenatal Care Schedules. *J Womens Health (Larchmt)*. 2024 Feb 2. doi: 10.1089/jwh.2023.0592.

<sup>18</sup> Mei JY, Bernstein ME, Patton E, Duong HL, Negi M. Evaluating Standard of Care and Obstetrical Outcomes in a Reduced Contact Prenatal Care Model in the COVID-19 Pandemic. *Matern Child Health J*. 2024 Feb;28(2):287-293. doi: 10.1007/s10995-023-03812-3.

<sup>19</sup> Запорожан В. М., Артьomenko В.В. Перинатальна медицина з точки зору управління саногнезом. *ОМЖ*. 2014 №2(24). С. 37-42

<sup>20</sup> Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Mortaz S, Yousefi-Nooraie R, Jafari M, Bhutta ZA. The effectiveness of regionalization of perinatal care services--a systematic review. *Public Health*. 2014 Oct;128(10):872-85. doi: 10.1016/j.puhe.2014.08.005.

<sup>21</sup> Ramey-Collier K, Jackson M, Malloy A, McMillan C, Scraders-Pyatt A, Wheeler SM. Doula Care: A Review of Outcomes and Impact on Birth Experience. *Obstet Gynecol Surv*. 2023 Feb;78(2):124-127. doi: 10.1097/OGX.0000000000001103.

медичні клініки надають такі послуги з репродуктивного здоров'я, як скринінг-тести, до- та післяпологовий догляд. Персонал цих мобільних клінік також забезпечує просвітні програми та інформування жінки та членів її родини з питань профілактики ускладнень вагітності.

В останні роки до програм перинатальної допомоги активно залучають доул (від доῦλη «служниця»)<sup>22 23 24</sup>. Доули є навченими компаньонками-професіоналами немедичного профілю, які надають емоційну та фізичну підтримку вагітним жінкам. Вони власне не надають медичних порад, але надають підтримку та пояснюють медичні процедури сім'ям. Доули особливо корисні при роботі з незабезпеченими та маргіналізованими спільнотами, оскільки вони можуть розширити можливості жінок і сімей захищати свої інтереси. Доули в громаді можуть допомогти родинам орієнтуватися в системі охорони здоров'я, чинній у регіоні проживання, особливо якщо вагітні стурбовані необхідністю народжувати у ЗОЗ, який знаходиться поза межами рідного населеного пункту.

Для покращення транспортної доступності у різних країнах світу застосовуються різні програми. Так, в Арканзасі (США) існує громадська програма Healthy Connections<sup>25</sup>, що фінансується федеральним бюджетом та пропонує майбутнім і молодим матерям особисті допологові огляди, просвіту, безкоштовний транспорт, можливість перевірки здоров'я дитини та імунізацію дітей. Програма продемонструвала збільшення рівня якості допологового догляду та імунізації дітей у перші місяці життя.

Kid One Transport забезпечує підвезення на прийом до лікарів вагітних жінок та їхніх дітей, які не мають звичайного транспорту<sup>26</sup>. Ці програми продемонстрували позитивний вплив, збільшивши здатність продовжувати допологовий догляд і запобігаючи розвитку захворювань дітей, небезпечних для життя.

---

<sup>22</sup> Healthy Connections. Community Health Network. URL: <https://healthy-connections.org>

<sup>23</sup> Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Matern Child Health J.* 2018 Oct;22(Suppl 1):105-113. doi: 10.1007/s10995-018-2537-7.

<sup>24</sup> Modrek S, Collin DF, Hamad R, White JS. Medicaid Expansion and Perinatal Health Outcomes: A Quasi-Experimental Study. *Matern Child Health J.* 2024 May;28(5):959-968. doi: 10.1007/s10995-023-03879-y.

<sup>25</sup> Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Matern Child Health J.* 2018 Oct;22(Suppl 1):105-113. doi: 10.1007/s10995-018-2537-7.

<sup>26</sup> Modrek S, Collin DF, Hamad R, White JS. Medicaid Expansion and Perinatal Health Outcomes: A Quasi-Experimental Study. *Matern Child Health J.* 2024 May;28(5):959-968. doi: 10.1007/s10995-023-03879-y.

Деякі штати США прийняли законодавство, яке гарантує, що послуги, які надають акушерки та доули, охоплюються Medicaid<sup>27 28 29</sup>. У 2019 році штат Вайомінг ухвалив Закон про акушерські послуги Medicaid, згідно з яким послуги, які покривають ліцензовані акушерки, повинні покриватися Medicaid<sup>30</sup>. Також у 2019 році Індіана прийняла законопроект 416 Сенату, який дозволяє Medicaid компенсувати витрати на послуги доули<sup>31</sup>.

CenteringPregnancy – це модель групового допологового догляду<sup>32</sup>. Він збирає вісім-десять вагітних жінок на різних етапах їхньої вагітності для групових обговорень, навчання, оцінки стану здоров'я та підтримки. Докази свідчать про те, що програма покращує результати пологів і ймовірність отримання адекватного допологового догляду. Програма CenteringPregnancy була успішно впроваджена у сільських громадах і може бути корисною у сільських громадах, де є обмежені можливості постачальників. Наприклад, матері, які брали участь у програмі Centering Pregnancy Centre Health Education Center Mountain Area, повідомили, що проводили у 12 разів більше часу з медичним працівниками, ніж жінки, які отримували традиційний догляд<sup>33</sup>.

15 грудня 2023 року Центри медичної допомоги та медичних послуг (CMS) у США оголосили про нову модель трансформації материнського здоров'я (TMaH)<sup>34</sup>. TMaH – це найновіша модель CMS, розроблена виключно для покращення охорони материнського здоров'я для людей, які беруть участь у програмі Medicaid та програмі дитячого медичного страхування (CHIP). Модель підтримуватиме державні агентства Medicaid (SMA) у розробці комплексного підходу до вагітності, пологів і післяпологового догляду, який відповідає фізичному, психічному

---

<sup>27</sup> Bellerose M, Collin L, Daw JR. The ACA Medicaid Expansion And Perinatal Insurance, Health Care Use, And Health Outcomes: A Systematic Review. *Health Aff (Millwood)*. 2022 Jan;41(1):60-68. doi: 10.1377/hlthaff.2021.01150.

<sup>28</sup> Safon CB, McCloskey L, Gordon SH, Cole MB, Clark J. Medicaid Reimbursement for Doula Care: Policy Considerations From a Scoping Review. *Med Care Res Rev*. 2023 Dec 20:10775587231215221. doi: 10.1177/10775587231215221.

<sup>29</sup> Centering pregnancy. URL: <https://centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy>

<sup>30</sup> Bellerose M, Collin L, Daw JR. The ACA Medicaid Expansion And Perinatal Insurance, Health Care Use, And Health Outcomes: A Systematic Review. *Health Aff (Millwood)*. 2022 Jan;41(1):60-68. doi: 10.1377/hlthaff.2021.01150.

<sup>31</sup> Safon CB, McCloskey L, Gordon SH, Cole MB, Clark J. Medicaid Reimbursement for Doula Care: Policy Considerations From a Scoping Review. *Med Care Res Rev*. 2023 Dec 20:10775587231215221. doi: 10.1177/10775587231215221.

<sup>32</sup> Centering pregnancy. URL: <https://centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy>

<sup>33</sup> Transforming Maternal Health (TMaH) Model. URL: <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/transforming-maternal-health-tmah-model>

<sup>34</sup> Pattinson RC. Safety versus accessibility in maternal and perinatal care. *SAfr Med J*. 2015 Apr;105(4):261-5. doi: 10.7196/samj.9182.

здоров'ю та соціальним потребам під час вагітності. Метою моделі є зменшення розбіжностей у доступі та лікуванні. Модель має на меті покращити результати та досвід для матерів та їхніх новонароджених дітей, а також зменшити загальні витрати програми. Модель розрахована на 10 років.

Ініціативи ТМaН зосереджені на трьох основних напрямках<sup>35</sup>:

1. Доступ до медичної допомоги, інфраструктури та можливостей робочої сили: ТМaН підтримуватиме налагодження стосунків та освіту, щоб допомогти державам-учасницям усунути бар'єри, які обмежують доступ до цінних медичних кадрів, таких як акушерки, доули та перинатальні медичні працівники. Ширший доступ до цих ресурсів може мати численні переваги, зокрема зменшення кількості кесаревого розтину (кесаревого розтину) під час вагітності з низьким ризиком, скорочення тривалості пологів, менше використання знеболюючих препаратів під час пологів і нижчий рівень післяпологової тривоги та депресії. SMA, що беруть участь, зможуть сприяти догляду, який є індивідуальним, культурним та ґрунтується на активному слуханні та розвитку довіри, з метою надання матерям більших можливостей керувати своїм досвідом пологів.

2. Покращення якості та безпеки: учасники SMA впроваджуватимуть ініціативи з якості та протоколи з метою того, щоб зробити пологи безпечнішими та покращити загальний досвід як матері, так і дитини. Ці втручання, що ґрунтуються на доказах, називаються «пакетами безпеки пацієнтів». При спільному та послідовному застосуванні ці протоколи покращують результати для здоров'я у кількох клінічних областях, включаючи гіпертензію під час вагітності, серцеві захворювання та догляд за вагітними та жінками, які народжують, що живуть із розладами, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами. Передбачається індикація «Birthing-Friendly», що є першим федеральним позначенням якості з акцентом на здоров'я матері для лікарень та систем охорони здоров'я.

3. Надання медичної допомоги на засадах холістичного підходу: Вагітність і пологи – це глибоко особистий досвід. Згідно з моделлю ТМaН, медичні працівники, що беруть участь, прагнутимуть забезпечити, щоб кожна мати отримувала допомогу, яка відповідає її конкретним потребам, підтримуючи розробку унікального плану пологів. Вагітні будуть перевірені під час їхнього першого пренатального візиту, щоб визначити, яка додаткова підтримка, якщо така є, може знадобитися їм у зв'язку із соціальними потребами, пов'язаними з фізичним і психічним здоров'ям або розладом,

---

<sup>35</sup> Pattinson RC. Safety versus accessibility in maternal and perinatal care. *S Afr Med J*. 2015 Apr;105(4):261-5. doi: 10.7196/samj.9182.

пов'язаним із вживанням психоактивних речовин. Виходячи з потреб фізичного, соціального та психічного здоров'я у співпраці з матір'ю буде розроблено план догляду. За необхідності буде запропоновано дистанційний моніторинг таких захворювань, як гіпертонія та діабет, щоб зменшити тягар поїздки до кабінету лікаря та назад.

Ефективність перинатального втручання може залежати від його доступності в суспільстві, а також від вартості. Системи охорони здоров'я та плани охорони здоров'я можуть розглянути можливість пропонувати недорогі програми для вагітних жінок. Багато перинатальних програм є найбільш ефективними, коли вони починаються на ранніх термінах вагітності.

У країнах, що розвиваються, існує суттєвий дефіцит медичних кадрів та нестача спеціалізованих закладів. Чотири країни, включаючи Буркіна-Фасо, Індію, Руанду та Замбію, прийняли участь у пілотному проєкті, що координується ВООЗ<sup>36</sup>. Метою було випробування та впровадження змішаних методів пренатального моніторингу, спрямованих на покращення розуміння та розширення доказової бази щодо того, як розробити та запровадити платформу допологового догляду у системі охорони здоров'я в кожній країні<sup>37</sup>. Крім того, Руанда та Замбія випробували в умовах реальної практики адаптовану версію цифрового модуля ANC ВООЗ для медичних працівників. Результати дослідження є обнадійливими і можуть лягти в основу впровадження в інших країнах якісної, інтегрованої та орієнтованої на людину допомоги. Це має призвести до кращих материнських та перинатальних результатів за допомогою шляхів розширення масштабів у вибраних країнах та за їх межами.

Загальна мета випробування полягає в тому, щоб створити підґрунтя для систематичного впровадження та тестування застосованості адаптованого пакету ВООЗ для потреб пренатальної профілактики<sup>38</sup>. Основними компонентами дослідження є чотири основні кооперації, які стосуються: 1) навчання персоналу застосуванню лабораторного пренатального скринінгу та ультразвукового дослідження, 2) супроводжувального нагляду за постачальниками послуг

---

<sup>36</sup> Mehtash H, Stein K, Barreix M, Bonet M, Bohren MA, Tunçalp Ö. Measuring women's experiences during antenatal care (ANC): scoping review of measurement tools. *Reprod Health*. 2023 Oct 10;20(1):150. doi: 10.1186/s12978-023-01653-5.

<sup>37</sup> Alamneh A, Asmamaw A, Woldemariam M, Yenew C, Atikilt G, Andualem M, Mebrat A. Trend change in delayed first antenatal care visit among reproductive-aged women in Ethiopia: multivariate decomposition analysis. *Reprod Health*. 2022 Mar 28;19(1):80. doi: 10.1186/s12978-022-01373-2.

<sup>38</sup> Mehtash H, Stein K, Barreix M, Bonet M, Bohren MA, Tunçalp Ö. Measuring women's experiences during antenatal care (ANC): scoping review of measurement tools. *Reprod Health*. 2023 Oct 10;20(1):150. doi: 10.1186/s12978-023-01653-5.



пренатальної профілактики, 3) забезпечення постачанням і обладнанням і 4) інформування населення.

Витрати, пов'язані з впровадженням адаптованих пакетів, документуються в стандартному порядку. Результати дослідження мають за мету визначити шляхи масштабування та стійкості пакету ВООЗ, які зрештою призведуть до зміцнення систем охорони здоров'я з кращими материнськими та перинатальними результатами на національному рівні. Навчання поширюється, щоб забезпечити передачу знань у країнах, регіонах і на глобальному рівні та стандартизувати підходи до адаптації та впровадження рекомендацій ВООЗ, заснованих на фактичних даних. У рамках цієї ініціативи розробляється низка стратегічних глобальних товарів, включаючи комунікаційний посібник для діяльності з мобілізації громади та оновлення набору інструментів для адаптації рекомендацій ВООЗ щодо ANC для включення рекомендацій щодо післяпологового догляду.

У країнах з високим рівнем доходу груповий допологовий догляд (ANC) пропонує альтернативу індивідуальному догляду та пов'язаний із покращенням відвідуваності, задоволеності пацієнтів і кращими результатами для здоров'я вагітних жінок і новонароджених<sup>39 40</sup>. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу (LMIC) цю модель можна адаптувати для вирішення проблеми з низьким рівнем допологового догляду та підвищення його якості<sup>41</sup>. Однак докази щодо ключових атрибутів моделі групового догляду для закладів з низьким рівнем ресурсів залишаються мізерними. Sharma J et al. (2018) провели систематичний огляд опублікованої літератури про моделі групового допологового догляду в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, щоб визначити атрибути, які можуть підвищити актуальність, прийнятність і ефективність групового антенатального догляду в таких умовах<sup>42</sup>. Автори систематично проводили пошук у п'яти базах даних і проводили ручний і довідковий пошуки. Вони також провели інтерв'ю з ключовими інформаторами з дослідниками та виконавцями програм, які

---

<sup>39</sup> Adams M, Berger TM, Borradori-Tolsa C, Bickle-Graz M, Grunt S, Gerull R, Bassler D, Natalucci G; Swiss Neonatal Network & Follow-Up Group. Association between perinatal interventional activity and 2-year outcome of Swiss extremely preterm born infants: a population-based cohort study. *BMJ Open*. 2019 Mar 15;9(3):e024560. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024560.

<sup>40</sup> Sharma J, O'Connor M, Rima Jolivet R. Group antenatal care models in low- and middle-income countries: a systematic evidence synthesis. *Reprod Health*. 2018 Mar 5;15(1):38. doi: 10.1186/s12978-018-0476-9.

<sup>41</sup> Rogach IM, Slabkiy GO, Pogorilyak RY, Keretsman AO, Gadzhega II. Perinatal and infant mortality in the transcarpathian region and Ukraine against the background of the European Union and the world: a comparative analysis and possible problems. *Wiad Lek*. 2020;73(3):603-608.

<sup>42</sup> Rogach IM, Slabkiy GO, Pogorilyak RY, Keretsman AO, Gadzhega II. Perinatal and infant mortality in the transcarpathian region and Ukraine against the background of the European Union and the world: a comparative analysis and possible problems. *Wiad Lek*. 2020;73(3):603-608.

запровадили моделі групового допологового догляду в країнах з низьким і середнім рівнем доходів. Використовуючи попередньо визначений шаблон зведення доказів, були одержані докази щодо ключових атрибутів, таких як вміст і частота сеансів, а також склад і організація групи, моделей групового догляду, запроваджених у країнах з низьким та середнім рівнем доходів. Цей систематичний огляд літератури виявив дев'ять унікальних описів групових моделей допологового догляду. Ця інформація була доповнена даними інтерв'ю з ключовими інформаторами. Автори синтезували докази з цих 19 джерел даних, щоб визначити спільні атрибути моделей групового догляду за вагітними жінками, які послідовно з'являлися. Рекомендації щодо проведення пренатального догляду, сформульовані колективом авторів є наступними:

1. Набір жінок до групи ANC відбувається під час першого візиту ANC відповідно до стандартного протоколу закладу. «Вхідний» візит відбувається за звичайним форматом «один на один» для ANC.

2. Під час цього візиту медичний працівник підтверджує вагітність, проводить первинні лабораторні тести та медичний огляд, а також перевіряє стани високого ризику. Потім вагітних жінок запрошують приєднатися до групи з 8–12 жінок із однаковими термінами пологів для отримання допологового догляду в групі. Якщо жінка обирає груповий ANC, їй буде надано розклад усіх групових візитів до кінця вагітності. Щоразу вона отримуватиме допомогу з тією самою групою жінок, і очікується, що вона буде відвідувати кожне заняття своєї групи, щоб допомогти створити стабільну когорту.

3. Кількість групових сеансів ANC може бути адаптована відповідно до кількості відвідувань, рекомендованих глобальними та місцевими правилами.

4. Під час першої групової сесії жінки вирішують групою, чи хочуть вони, щоб у сесіях брали участь особи, які їх підтримують (наприклад, чоловік, мати, свекруха або сестра). Кожне заняття проводять двоє керівників груп, один з яких є медичним працівником, який може надавати клінічну допомогу. Кожне заняття триває від 90 до 120 хвилин і складається з трьох частин: фізичне оцінювання, навчання та освіта та підтримка учасників програми.

5. Кожне групове заняття ANC починається з самооцінки вагітними жінками та фізичної оцінки медичним працівником. Протягом перших 30 хвилин один із лідерів групи (наприклад, медсестра, фельдшер або громадський медичний працівник) допомагає жінкам провести власні базові вимірювання стану здоров'я, наприклад артеріальний тиск і вагу, і подумати про певні заздалегідь визначені аспекти їх фізичне та емоційне благополуччя. Жінок також можна попросити подумати або заповнити робочий аркуш на тему, яка пізніше

використовується для групового обговорення. Протягом цього часу інший лідер групи, який має бути медичним працівником (наприклад, лікарем, медсестрою або акушеркою), проводить фізичне обстеження кожної жінки по одній. Цей основний фізичний огляд відповідає клінічним рекомендаціям ANC, рекомендованим ВООЗ та національними органами влади. Це відбувається в приватній зоні (наприклад, кутку) групового простору, і вживається увага, щоб забезпечити захист слухової та візуальної конфіденційності та конфіденційності кожної жінки (наприклад, за допомогою музики, ширми чи завіси).

6. Після завершення кожного оцінювання жінки збираються разом на решту сесії для групової діяльності та обговорення. Під час обговорень жінки та постачальники сидять разом у колі та по черзі діляться, переконавшись, що кожен має можливість висловитися без перерви. Лідери груп використовують фасилітативний стиль керівництва, щоб сприяти обговоренню. Використовуючи цей стиль, вони не читають лекції жінкам, а натомість сприяють обговоренню тем, запланованих на сесію, і самі беруть участь у обговоренні разом із жінками. Ця частина заняття – це можливість для жінок поговорити про те, як вони себе почувають, поставити запитання та поділитися інформацією одна з одною та з постачальниками, налагодити стосунки підтримки та дізнатися про вагітність і пологи. У кожному груповому занятті також є час для неформального спілкування.

7. Кожне групове заняття має план, який включає певний зміст клінічної допомоги та навчання клієнтів. Незважаючи на це, план сеансу досить гнучкий, щоб гарантувати, що обговорення завжди актуальне для жінок і відповідає їхнім конкретним потребам. Під час групових сесій ANC жінки мають можливість надати відгук про свій досвід у групі. Ця інформація може бути використана керівниками груп для оцінки та вдосконалення програми. Після кожного заняття лідери груп також мають можливість обговорити, як взаємодіяла група, і поговорити про будь-які сфери, які потребують покращення в керівництві групи, або будь-які клінічні проблеми, які потребують подальшого спостереження<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Rogach IM, Slabkiy GO, Pogorilyak RY, Keretsman AO, Gadzhega II. Perinatal and infant mortality in the transcarpathian region and Ukraine against the background of the European Union and the world: a comparative analysis and possible problems. *Wiad Lek.* 2020;73(3):603-608.

Більшість із п'яти мільйонів перинатальних смертей у всьому світі реєструються саме у країнах із обмеженими ресурсами<sup>44 45 46 47</sup>. Цих смертей можна було б уникнути шляхом виявлення та належного лікування жінок із високим ризиком ускладнень пологів, залучення кваліфікованих спеціалістів для моніторингу під час пологів та застосування ефективних втручань, таких як невідкладна акушерська допомога та допомога новонародженим. Однак у країнах що розвиваються недостатньо кваліфікованого персоналу. Ті кваліфіковані акушерки, які є в умовах обмежених ресурсів стикаються зі значними проблемами через велику кількість породіль, недостатню кількість навченого персоналу, недостатню кількість обладнання та витратних матеріалів, а також брак місця. Як наслідок, підтримка пологів, моніторинг і своєчасне лікування для всіх жінок часто неможливі в рутинній клінічній практиці<sup>48</sup>.

Перший контакт із кваліфікованим медичним персоналом під час надходження в пологову палату є ключовим моментом у пологовому догляді. Докази свідчать про те, що клінічні тести, які проводяться під час надходження, такі як кардіотокографія, періодична аускультация та сприйняття матір'ю рухів плода, можуть бути корисними, особливо в країнах із низьким та середнім рівнем доходу (ЛМІС)<sup>49</sup>. Це пов'язано з тим, що ці країни, як правило, не мають належного догляду та скринінгу під час допологового періоду, що призводить до вищої частоти захворюваності та смертності, пов'язаної з пологами.

---

<sup>44</sup> Debelew GT. Magnitude and Determinants of Perinatal Mortality in Southwest Ethiopia. *J Pregnancy*. 2020 Sep 22;2020:6859157. doi: 10.1155/2020/6859157.

<sup>45</sup> Vogel JP, Souza JP, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Roy M, Mittal S, Cecatti JG, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014 Mar;121 Suppl 1:76-88. doi: 10.1111/1471-0528.12633.

<sup>46</sup> Ali MM, Bellizzi S, Boerma T. Measuring stillbirth and perinatal mortality rates through household surveys: a population-based analysis using an integrated approach to data quality assessment and adjustment with 157 surveys from 53 countries. *Lancet Glob Health*. 2023 Jun;11(6):e854-e861. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00125-0.

<sup>47</sup> Housseine N, Rijken MJ, Weller K, Nassor NH, Gbenga K, Dodd C, Debray T, Meguid T, Franx A, Grobbee DE, Browne JL. Development of a clinical prediction model for perinatal deaths in low resource settings. *EClinicalMedicine*. 2022 Feb 7;44:101288. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101288.

<sup>48</sup> Debelew GT. Magnitude and Determinants of Perinatal Mortality in Southwest Ethiopia. *J Pregnancy*. 2020 Sep 22;2020:6859157. doi: 10.1155/2020/6859157.

<sup>49</sup> Vogel JP, Souza JP, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Roy M, Mittal S, Cecatti JG, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014 Mar;121 Suppl 1:76-88. doi: 10.1111/1471-0528.12633.

Клінічні тести, проведені при надходженні, можуть бути використані для швидкого виявлення плодів із високим ризиком смертності та сортування їх для відповідних стратегій моніторингу та лікування. У більш загальному плані стратифікація ризиків при надходженні може допомогти оптимізувати розподіл ресурсів в умовах великого робочого навантаження та дефіциту (людської) робочої сили. В ідеалі стратифікація ризику базується не лише на результатах одного тесту, але також враховує численні характеристики матері та плоду. Проте, моделі прогнозу, які поєднують декілька предикторів для виявлення жінок із ризиком несприятливих результатів пологів для швидкого втручання не набули широкого поширення<sup>50</sup>.

Housseine N et al. (2022) провели проспективне когортне дослідження 5747 пар «мати-дитина», щоб розробити модель прогнозування перинатальної смертності у жінок, які прибули для пологів до лікарні третього рівня в умовах обмежених ресурсів<sup>51</sup>. Вирішальним кроком у цьому процесі стала оцінка та оновлення існуючої моделі мертвонародження, яка вказала на необхідність розробки нової моделі. Нова модель складається з 15 предикторів і показала гарне калібрування та дискримінаційну здатність після внутрішньої перевірки (с-статистика 0,78). Одержані результати додатково підкреслюють важливість допологового догляду та всебічної оцінки при надходженні, включаючи точну оцінку гестаційного віку, артеріального тиску, серповидно-клітинної анемії в анамнезі, кровотечі, сприйняття матір'ю рухів плода та частоти серцевих скорочень плода для прогнозування перинатальних результатів. Для простоти використання та швидкої оцінки ризику та стратифікації жінок при надходженні в пологове відділення була розроблена проста система нарахування балів<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> Ali MM, Bellizzi S, Boerma T. Measuring stillbirth and perinatal mortality rates through household surveys: a population-based analysis using an integrated approach to data quality assessment and adjustment with 157 surveys from 53 countries. *Lancet Glob Health*. 2023 Jun;11(6):e854-e861. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00125-0.

<sup>51</sup> Знаменська, Т., Марушко, Р., Дудіна, О., Воробйова, О., & Полянська, Л. Аналіз інтегральної ефективності медичної допомоги новонародженим України. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024. 14(1(51), 5–11. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIV.1.51.2024.1>

<sup>52</sup> Знаменська, Т., Марушко, Р., Дудіна, О., Воробйова, О., & Полянська, Л. Аналіз інтегральної ефективності медичної допомоги новонародженим України. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024. 14(1(51), 5–11. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIV.1.51.2024.1>

## 2. Система надання перинатальної допомоги в Україні

В Україні питанням реформування системи надання перинатальної допомоги приділяється багато уваги<sup>53 54 55 56 57 58</sup>. У популяційному дослідженні Знаменської Т. та ін. (2024) проведена оцінка інтегральної ефективності медичної допомоги новонародженим на загальнодержавному та регіональному рівнях<sup>59</sup>. Воно засвідчило достатній, вище середнього, рівень досягнення результатів (ККО 0,75 у 2018 р. і 0,76 у 2022 р.) без чітких медико-географічних відмінностей у 2018 р. і значними розбіжностями у 2022 р. – від високого рівня ККО (0,82–0,94) у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Тернопільській, Харківській і Хмельницькій до низького рівня ККО (0,41 та 0,35) – у Донецькій та Херсонській областях.

Вивчення основних індикативних показників ефективності медичної допомоги новонародженим засвідчило достатнє досягнення у 2022 р. нормативних значень охоплення новонароджених скринінговими програмами, вакцинацією БЦЖ, частоти виживання і смертності новонароджених, ІНТ (КДНЗ = 0,96, 0,82, 0,94, 0,82 і 0,76 відповідно). Найбільш проблемними індикативними показниками медичної допомоги новонародженим з низьким і нижче середнього рівнем коефіцієнта досягнення результатів, які у значній мірі асоціюються з погіршенням стану здоров'я вагітних та перебігу пологів, є частота маловагових, хворих новонароджених (КДНЗ = 0,48, 0,51) та частота передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (КДНЗ = 0,4), яка асоціюється з повнотою застосування ефективної 4-компонентної стратегії профілактики передачі ВІЛ від матері дитині. Розроблений

---

<sup>53</sup> Марушко РВ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Марушко ТЛ. Оцінка ефективності перинатальної допомоги в Україні. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. 1(93): 26-36; doi 10.15574/PP.2023.93.26.

<sup>54</sup> Белорус А.І. Медико-соціальне обґрунтування моделі детекції та попередження виникнення несприятливих подій у перинатальній практиці. Дис... к.мед.н. 14.02.03 – соціальна медицина К., 2018. 221 с.

<sup>55</sup> Слабкий ГО, Дудіна ОО, Дудник СВ. Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. 1 (54). С. 79–87.

<sup>56</sup> Антипкін Ю.Г., Знаменська Т.К., Дзюба О.М., Дудіна О.О. Регіоналізація перинатальної допомоги в Україні – сучасний стан проблеми. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2015. № 3. С. 5–16.

<sup>57</sup> Малачинська М. Причини реформування системи надання перинатальної допомоги в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2023. Том 11, № 2. С. 96–102.

<sup>58</sup> Марічерета В., Орабіна Т., Рогачевський О. Інноваційні цільові центри як ключовий інструмент удосконалення системи надання перинатальної допомоги в Україні в умовах забезпечення національної демографічної безпеки. *Аспекти публічного управління*. 2024. Том 12, № 1. С. 76–82.

<sup>59</sup> Марічерета В., Орабіна Т., Рогачевський О. Інноваційні цільові центри як ключовий інструмент удосконалення системи надання перинатальної допомоги в Україні в умовах забезпечення національної демографічної безпеки. *Аспекти публічного управління*. 2024. Том 12, № 1. С. 76–82.

інструментарій інтегральної оцінки ефективності медичної допомоги новонародженим, як мірила життєздатності та якості здоров'я потомства на всіх етапах онтогенезу, дає можливість забезпечити на уніфікованій основі об'єктивне оцінювання та моніторинг її в цілому, у розрізі регіонів і за окремими показниками з наступною розробкою заходів впливу на виявлені проблеми та їхню імплементацію у діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини. Модель інтегральної медичної допомоги новонародженим є плотною та має динамічні властивості, надалі по мірі досягнення нормативних значень показників комплексної оцінки передбачається їх перегляд<sup>60</sup>.

Групою вітчизняних дослідників проведено комплексний аналіз регіональних особливостей і оцінку основних показників перинатальної допомоги в Україні за останні 5 років [41]. Джерелом інформації були дані ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», а також дані перинатального аудиту за методикою ВООЗ «MATRIX – BABIES». Для оцінки інтегральної ефективності перинатальної допомоги використано модифіковану модель кінцевих результатів. Проведене на популяційному рівні суцільне дослідження інтегральної ефективності діяльності перинатальної допомоги на загальнодержавному та регіональному рівнях засвідчило достатній (вищий за середній) рівень досягнення результатів (коефіцієнт комплексної оцінки (ККО) – 0,77 у 2017 р. і 0,73 у 2021 р.) при високому рівні коефіцієнта досягнення нормативних значень компонентів ресурсів (0,82 і 0,86) і діяльності (0,76 і 0,77, відповідно). Автори пояснюють успішне функціонування закладів перинатальної допомоги переорієнтацією на доказові медико-організаційні технології. Водночас вони відзначають наявність негативного тренду ККО перинатальної допомоги за 2017–2021 рр. ( $\Delta = -5,19\%$ ), пояснюючи його зростанням рівня материнської смертності з 12,5 до 42,5 на 100 тис. народжених живими та збільшення частоти кровотеч у послідовому і післяродовому періодах з 7,1 до 8,9 на 1000 пологів під час пандемії COVID-19.

За даними Марушко Р. та ін. (2023) зміни ККО інтегральної ефективності регіональних систем перинатальної допомоги в Україні у 2021 р. порівняно з 2017 р. відбулися у бік зменшення на переважній більшості території країни<sup>61</sup>. Найвищі темпи зниження ККО (на 15–19%) зареєстровані у Житомирській, Дніпропетровській, Запорізькій і

---

<sup>60</sup> Марушко РВ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Марушко ТЛ. Оцінка ефективності перинатальної допомоги в Україні. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. 1(93): 26-36; doi 10.15574/PP.2023.93.26.

<sup>61</sup> Марушко РВ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Марушко ТЛ. Оцінка ефективності перинатальної допомоги в Україні. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. 1(93): 26-36; doi 10.15574/PP.2023.93.26.

Полтавській областях. Позитивна динаміка спостерігалася у Закарпатській, Чернівецькій і Волинській областях.

Найкращі результати продемонструвала перинатальна служба м. Київ, Тернопільська, Івано-Франківська, Львівська і Чернівецька області, де ККО перевищував 0,8. Найгірші рівні (ККО в діапазоні 0,6–0,69) продемонстрували заклади Дніпропетровської, Донецької, Житомирської, Запорізької, Київської, Полтавської і Херсонської областей. В решті 13 областях України зареєстровані проміжні рівні ККО (0,7–0,79). Таким чином, у більшості випадків існуюча система перинатальної допомоги потребує удосконалення та управлінських рішень в дусі трансформації всієї вітчизняної системи охорони здоров'я.

На думку авторів, «інтегральна оцінка ефективності перинатальної допомоги дає змогу визначити ефективність управлінських дій у сфері забезпечення доступності та якості перинатальної допомоги, своєчасно реагувати на зміни в макро– і мікросередовищі». Водночас, враховуючи динамічність даної моделі, автори наголошують на необхідності регулярного перегляду показників комплексної оцінки та їх порівняння з оптимальними (нормативними).

У дисертаційній роботі Белоруса А.І. (2018) констатовано<sup>62</sup>, що в Україні за 2014–2017 рр. сталими залишалися показники плодово-малюкових втрат серед недоношених та маловагових немовлят. Натомість серед немовлят з масою при народженні 2500 г або більше частота неонатальної смертності зменшилася з 1,74 до 1,49‰  $p=0,007$ ), а малюкової смертності – з 3,71 до 3,37‰;  $p=0,012$ . При цьому показники антенатальної, інтранатальної та перинатальної смертності впродовж періоду спостереження змінювалися мало. При порівнянні рівнів перинатальної смертності з загальноєвропейськими встановлено, що в Україні вони є значно вищими. Подальше експертне оцінювання летальних випадків серед новонароджених на рівні окремого закладу показало, що третині всіх смертей можна було запобігти, тобто вони є потенційно відворотними.

У якості пацієнт-залежних факторів ризику перинатальної смертності автор називає низьку масу при народженні (ВШ=0,999 [95% ДІ 0,998–0,999],  $p=0,018$ ), оцінка за шкалою Апгар на 1 хв. (ВШ=0,71 [95% ДІ 0,57–0,88],  $p=0,002$ ) та на 5 хв. (ВШ=0,67 [95% ДІ 0,49–0,92],  $p=0,014$ ), застосування інтубації трахеї під час реанімаційних заходів (ВШ 2,15 [95% ДІ 1,00–4,58],  $p=0,047$ ), тяжкий РДС (ВШ 3,64 [95% ДІ 1,65–8,02],  $p=0,001$ ) та проведення штучної вентиляції легень (ВШ 7,33 [95% ДІ 1,69–31,8],  $p=0,008$ ). Натомість наявність у матері низки

---

<sup>62</sup> Белорус А.І. Медико-соціальне обґрунтування моделі детекції та попередження виникнення несприятливих подій у перинатальній практиці. Дис... к.мед.н. 14.02.03 – соціальна медицина К., 2018. 221 с.



перинатальних чинників, зокрема, цукрового діабету, прееклампсії, відшарування плаценти, передчасного розриву навколоплідних оболонок, тривалого безводного періоду, затримки розвитку плода на думку автора не асоціюється з летальними випадками, що суперечить даним інших авторів.

Серед немовлят, які померли, порівняно з групою пацієнтів, які вижили, достовірно частіше виникали індикаторні захворювання – внутрішньо-шлуночкові крововиливи III–IV ст. (25,8% проти 4,02%,  $p=0,000$ ) та події, що асоціюються з безпекою пацієнтів: легенева кровотеча (25,8% проти 1,86%,  $p=0,000$ ), пневмоторакс (29,03% проти 4,95%,  $p=0,000$ ). Як фактор ризику розглядається також повторна госпіталізація у ВІТН (16,1% проти 3,1%,  $p<0,001$ ). На тривалість лікування у ВІТН впливали повторна госпіталізація – HR 0,46 (95% ДІ 0,24–0,87),  $p=0,017$ ; пневмоторакс – HR 0,38 (95% ДІ 0,22–0,64),  $p=0,000$ ; та повторний курс ШВЛ – HR 0,27 (95% ДІ 0,17–0,46),  $p=0,000$ .

## ВИСНОВКИ

Автором розроблено нові підходи до реєстрації перинатальних сентинельних подій та розроблено оригінальний неонатальний тригерний інструмент, застосування якого дозволило з'ясувати потенційну частоту запобіжних подій у ВІТН. До них належить випадки нозокоміальної інфекції (визначені у 21,3% немовлят), іатрогенна гіпоглікемія (у 1,24%), електролітний дисбаланс (у 11,3% пацієнтів), іатрогенна нефропатія та артеріальна гіпотензія. На підставі власних спостережень Белорус А.І. запропонував модель з детекції та попередження розвитку несприятливих подій у перинатальній практиці, центральним елементом якої є тріада – жінка, дитина та їх родина, а інноваційними елементами – детекція несприятливих подій та звітність, ранжована за рівнем значущості показників. В основі моделі – мультидисциплінарний підхід до з'ясування першопричини виникнення несприятливої події; а також система ризик-менеджменту.

У системі ризик-менеджменту важливим кроком є саме формування стратегії управління ризиками, яка впливає на ризик та прийняття адекватного рішення задля мінімізації ймовірної шкоди перинатальної допомоги у майбутньому.

Першим етапом побудови стратегії є аналіз ризиків та оцінка альтернатив ймовірності їх виникнення, а також визначення їх медичного, соціального, економічного та етичного допустимого рівня. Стратегія управління ризиками в системі охорони здоров'я допускає використання декількох інструментів (методів) для кожного із визначених ризиків у межах трьох основних груп: зниження ризику, збереження ризику та передача ризику. Відтак, у межах системи ризик-менеджменту закладів охорони здоров'я у організаторів виникає

необхідність оцінки порівняльної ефективності методів впливу на ризику для вибору найоптимальнішого. Для автор пропонує будувати карту ризиків з визначенням ймовірності кожного із ризиків та оцінюванням результатів використання кожного обраного методу управління цими ризиками.

Після аналізу та оцінки ризиків і методів управління ними, стратегія управління ризиками має визначати необхідні ресурси (фінансові, організаційні, людські, матеріальні) із визначенням чітких процесів реалізації конкретних рекомендацій з реалізації механізмів управління ризиками і відповідальних осіб. Цей етап вимагає створення локальних і національних нормативних документів і протоколів, які визначають оптимальні дії у різних клінічних ситуаціях, різного рівня складності (у тому числі критичних ситуаціях).

Відтак, для підвищення безпеки медичної допомоги необхідні комплексні системні підходи, які включають широкий спектр медичних, організаційних, нормативно-правових, фінансових заходів щодо удосконалення лікувально-діагностичного процесу, забезпечення оптимальних умов управління ризиками, санітарно-епідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики, фізичну безпеку в закладах охорони здоров'я.

Автором визначено основні компоненти системи ризик-менеджменту в перинатальній практиці, зокрема:

- командна робота та перинатальні консиліуми – для забезпечення мультидисциплінарного підходу при розробці заходів з мінімізації виникнення несприятливих подій, насамперед аналізу першопричини виникнення несприятливої події, що вже сталася, з визначенням конкретних дій із її запобігання в майбутньому;

- міждисциплінарні та міжпрофесійні комунікації з розробкою зовнішніх та внутрішніх міждисциплінарних та міжпрофесійних комунікаційних протоколів для зменшення частоти несприятливих подій, пов'язаних з неефективною комунікацією при передачі інформації про пацієнта;

- культура безпеки – для створення таких форм професійних взаємовідносин між колегами (особливо між керівниками та підлеглими), що дозволяє їм вільно, без боязні бути покараними, повідомляти про свої помилки з метою їх аналізу, зворотного зв'язку та попередження в майбутньому;

- система інфекційного контролю – для координації організаційних, технічних та медичних напрямів діяльності лікувального закладу з метою створення в ньому безпечного, неінфекційного середовища;

– чек-листи та пакетні рішення – для уніфікації, стандартизації та спрощення складних лікувально-діагностичних процесів, ефективність яких у сфері безпеки пацієнтів доведена багатьма дослідженнями;

– навчання та покращення компетенцій – для поліпшення клінічних та командних навичок медичного персоналу шляхом проведення міждисциплінарних і міжпрофесійних симуляційних тренінгів;

– огляди завідувача відділення та старшої медсестри за спеціально розробленими алгоритмами з метою виявлення небезпечних ситуацій під час лікувально-діагностичного процесу.

Автор переконує, що наведена вище модель є високоєфективною. На доказ цього він наводить факти зменшення кількості випадків повторної госпіталізації немовлят у ВІТН на 19,6%, кількості серед немовлят з масою до 1500 г при народженні тяжких ВШК на 51% (з 15,5% до 7,6%), та бронхолегеневої дисплазії на 62,5% (з 12,1% до 4,54%). Також він констатує зменшення летальності з 13,8% до 5,2% у ВІТН ( $p=0,007$ ) та з смертності у Полтавському перинатальному центрі з 15,3% до 7,4% ( $p=0,019$ ) з розрахунку на 1000 народжених живими, що обумовило зменшення показника неонатальної смертності на 47,2% (з 4,26% до 2,25%) на рівні Полтавської області.

Таким чином, незважаючи на певний поступ у розробці моделей надання перинатальної допомоги, більшість з наявних рішень є фрагментарними і не відповідають змісту реформи системи охорони здоров'я в Україні. Створення ефективних моделей надання перинатальної допомоги залишається актуальним завданням як у науковому, так й у практичному плані.

## **АНОТАЦІЯ**

Сучасні умови життя обумовлюють необхідність запровадження заходів, які спрямовані на максимальне збереження здоров'я нації та підвищення рівня народжуваності. На фоні несприятливої демографічної ситуації та довготривалої війни спостерігається зростання ускладнень під час вагітності таких, як передчасні пологи, проблеми періоду гестації (дистрес плода, анемія, інфекційні ускладнення тощо). Відтак, перинатальна допомога – один із найважливіших комплексних напрямів надання медичної допомоги населенню, який найбільш динамічно розвивається. Аналіз світового досвіду організації перинатальної допомоги та пошук найкращих практик є сьогодні важливим завданням удосконалення діяльності перинатальної служби України.

## Література

1. Rae M., Cox C., Dingel H. Health costs associated with pregnancy, childbirth, and postpartum care. *Peterson KFF. Health System Tracker*. URL: <https://www.healthsystemtracker.org/brief/health-costs-associated-with-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/>
2. Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG). URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-1p/khpfleg>
3. Lukač A, Šulović N, Ilić A, Mijović M, Tasić D, Smiljić S. Optimal outcome factors in maternity and newborn care for inpatient (hospital maternity ward-HMW) and outpatient deliveries (out-hospital maternity clinics -OMC). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 20;21(1):836. doi: 10.1186/s12884-021-04319-x.
4. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п#n146>
5. Пакети медичних послуг. НСЗУ. URL: [https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020\\_1581100466.pdf](https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf)
6. НСЗУ розірве договір про надання медпослуг з Київським обласним перинатальним центром. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3847563-nszu-rozirve-dogovir-pro-nadanna-medposlug-z-kiivskim-oblasnim-perinatalnim-centrom.html>
7. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2020 р. № 589. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2020-%D0%BF#Text>
8. Mardy AH, Chetty SP, Norton ME. Maternal genetic disorders and fetal development. *Prenat Diagn*. 2020 Aug;40(9):1056-1065. doi: 10.1002/pd.5659.
9. Sewell EK, Keene S. Perinatal Care of Infants with Congenital Birth Defects. *Clin Perinatol*. 2018 Jun;45(2):213-230. doi: 10.1016/j.clp.2018.01.007.
10. Skeith L, Blondon M, Ní Áinle F. Understanding and Preventing Placenta-Mediated Pregnancy Complications. *Hamostaseologie*. 2020 Aug;40(3):356-363. doi: 10.1055/a-1184-8388. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32726830.
11. Berlinska, L., Marichereda, V., Holubenko, M., & Pavlovska, O. Maternal factors of pre-eclampsia development. *Reproductive Endocrinology*. 2021. (58), 102–106. doi: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.58.102-106>
12. Petersen EE, Davis NL, Goodman D, Cox S, Mayes N, Johnston E, Syverson C, Seed K, Shapiro-Mendoza CK, Callaghan WM, Barfield W. Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011-2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 May 10;68(18):423-429. doi: 10.15585/mmwr.mm6818e1.

13. Babyscripts. URL: <https://babyscripts.com>
14. Maven. URL: <https://www.telehealth.com/online-doctor/maven-review/#best-features>
15. Wassef A, Wassef E. Telemedicine in perinatal mental health: perspectives. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2022 Jun;43(2):224-227. doi: 10.1080/0167482X.2021.2024162.
16. Hallford HG, Szyld E, McCoy M, Makkar A. A 360 Evaluation of Neonatal Care Quality at a Level II Neonatal Intensive Care Unit when Delivered Using a Hybrid Telemedicine Service. *Am J Perinatol*. 2022 Nov 10. doi: 10.1055/a-1932-9921.
17. Turrentine M, Nguyen BH, Choby B, Kendig S, King TL, Kotelchuck M, Moore Simas TA, Srinivas SK, Zahn CM, Peahl AF. Frequency of Prenatal Care Visits: A Core Outcome Set for Prenatal Care Schedules. *J Womens Health (Larchmt)*. 2024 Feb 2. doi: 10.1089/jwh.2023.0592.
18. Mei JY, Bernstein ME, Patton E, Duong HL, Negi M. Evaluating Standard of Care and Obstetrical Outcomes in a Reduced Contact Prenatal Care Model in the COVID-19 Pandemic. *Matern Child Health J*. 2024 Feb;28(2):287-293. doi: 10.1007/s10995-023-03812-3.
19. Запорожан В. М., Арт्योंенко В.В. Перинатальна медицина з точки зору управління саногенезом. *ОМЖ*. 2014 №2(24) 37-42
20. Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Mortaz S, Yousefi-Nooraie R, Jafari M, Bhutta ZA. The effectiveness of regionalization of perinatal care services--a systematic review. *Public Health*. 2014 Oct;128(10):872-85. doi: 10.1016/j.puhe.2014.08.005.
21. Ramey-Collier K, Jackson M, Malloy A, McMillan C, Scraders-Pyatt A, Wheeler SM. Doula Care: A Review of Outcomes and Impact on Birth Experience. *Obstet Gynecol Surv*. 2023 Feb;78(2):124-127. doi: 10.1097/OGX.0000000000001103.
22. Healthy Connections. Community Health Network. URL: <https://healthy-connections.org>
23. Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Matern Child Health J*. 2018 Oct;22(Suppl 1):105-113. doi: 10.1007/s10995-018-2537-7.
24. Modrek S, Collin DF, Hamad R, White JS. Medicaid Expansion and Perinatal Health Outcomes: A Quasi-Experimental Study. *Matern Child Health J*. 2024 May;28(5):959-968. doi: 10.1007/s10995-023-03879-y.
25. Bellerose M, Collin L, Daw JR. The ACA Medicaid Expansion And Perinatal Insurance, Health Care Use, And Health Outcomes: A Systematic Review. *Health Aff (Millwood)*. 2022 Jan;41(1):60-68. doi: 10.1377/hlthaff.2021.01150.
26. Safon CB, McCloskey L, Gordon SH, Cole MB, Clark J. Medicaid Reimbursement for Doula Care: Policy Considerations From a Scoping

Review. *Med Care Res Rev.* 2023 Dec 20;10775587231215221. doi: 10.1177/10775587231215221.

27. Centering pregnancy. URL: <https://centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy>

28. Transforming Maternal Health (TMAH) Model. URL: <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/transforming-maternal-health-tmah-model>

29. Pattinson RC. Safety versus accessibility in maternal and perinatal care. *S Afr Med J.* 2015 Apr;105(4):261-5. doi: 10.7196/samj.9182.

30. Mehrtash H, Stein K, Barreix M, Bonet M, Bohren MA, Tunçalp Ö. Measuring women's experiences during antenatal care (ANC): scoping review of measurement tools. *Reprod Health.* 2023 Oct 10;20(1):150. doi: 10.1186/s12978-023-01653-5.

31. Alamneh A, Asmamaw A, Woldemariam M, Yenew C, Atikilt G, Andualem M, Mebrat A. Trend change in delayed first antenatal care visit among reproductive-aged women in Ethiopia: multivariate decomposition analysis. *Reprod Health.* 2022 Mar 28;19(1):80. doi: 10.1186/s12978-022-01373-2.

32. Adams M, Berger TM, Borradori-Tolsa C, Bickle-Graz M, Grunt S, Gerull R, Bassler D, Natalucci G; Swiss Neonatal Network & Follow-Up Group. Association between perinatal interventional activity and 2-year outcome of Swiss extremely preterm born infants: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2019 Mar 15;9(3):e024560. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024560.

33. Sharma J, O'Connor M, Rima Jolivet R. Group antenatal care models in low- and middle-income countries: a systematic evidence synthesis. *Reprod Health.* 2018 Mar 5;15(1):38. doi: 10.1186/s12978-018-0476-9.

34. Rogach IM, Slabkiy GO, Pogorilyak RY, Keretsman AO, Gadzhega II. Perinatal and infant mortality in the transcarpathian region and Ukraine against the background of the European Union and the world: a comparative analysis and possible problems. *Wiad Lek.* 2020;73(3):603-608.

35. Debelew GT. Magnitude and Determinants of Perinatal Mortality in Southwest Ethiopia. *J Pregnancy.* 2020 Sep 22;2020:6859157. doi: 10.1155/2020/6859157.

36. Vogel JP, Souza JP, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Roy M, Mittal S, Cecatti JG, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG.* 2014 Mar;121 Suppl 1:76-88. doi: 10.1111/1471-0528.12633.

37. Ali MM, Bellizzi S, Boerma T. Measuring stillbirth and perinatal mortality rates through household surveys: a population-based analysis using an integrated approach to data quality assessment and adjustment with 157

surveys from 53 countries. *Lancet Glob Health*. 2023 Jun;11(6):e854-e861. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00125-0.

38. Housseine N, Rijken MJ, Weller K, Nassor NH, Gbenga K, Dodd C, Debray T, Meguid T, Franx A, Grobbee DE, Browne JL. Development of a clinical prediction model for perinatal deaths in low resource settings. *EClinicalMedicine*. 2022 Feb 7;44:101288. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101288.

39. Знаменська, Т., Марушко, Р., Дудіна, О., Воробйова, О., & Полянська, Л. Аналіз інтегральної ефективності медичної допомоги новонародженим України. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024. 14(1(51)), 5–11. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIV.1.51.2024.1>

40. Марушко РВ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Марушко ТЛ. Оцінка ефективності перинатальної допомоги в Україні. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 2023. 1(93): 26–36; doi 10.15574/PP.2023.93.26.

41. Белорус А.І. Медико-соціальне обґрунтування моделі детекції та попередження виникнення несприятливих подій у перинатальній практиці. Дис... к.мед.н. 14.02.03 – соціальна медицина К., 2018. 221 с.

42. Слабкий ГО, Дудіна ОО, Дудник СВ. Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. 1 (54). С. 79–87.

43. Антипкін Ю.Г., Знаменська Т.К., Дзюба О.М., Дудіна О.О. Регіоналізація перинатальної допомоги в Україні – сучасний стан проблеми. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2015. № 3. С. 5–16.

44. Малачинська М. Причини реформування системи надання перинатальної допомоги в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2023. Том 11, № 2. С. 96–102.

45. Марічерета В., Орабіна Т., Рогачевський О. Інноваційні цільові центри як ключовий інструмент удосконалення системи надання перинатальної допомоги в Україні в умовах забезпечення національної демографічної безпеки. *Аспекти публічного управління*. 2024. Том 12, № 1. С. 76–82.

#### **Information about the author:**

**Orabina Tetiana Mykolaivna,**

<https://orcid.org/0009-0000-6894-7389>

Head of the Department of Medical Services

Ministry of Health of Ukraine,

Assistant at the Department of Health Care Management,

Bogomolets National Medical University

13, Tarasa Shevchenka Boulevard, Kyiv, 01601, Ukraine