

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Національні підходи до впровадження системи
регіоналізації перинатальної допомоги в Україні
(практичні настанови)**

Київ 2012

Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.

У практичних настановах «Національні засади впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги» представлено теоретичне підґрунтя та шляхи практичної реалізації алгоритму дій з розбудови трирівневої системи перинатальної допомоги в Україні, нормативно-правова база для її реалізації та інструменти оцінки якості надання такої допомоги.

Мета практичних настанов: підвищити якість і доступність перинатальної допомоги.

Завдання практичних настанов:

- висвітлити інформацію про існуючий в Україні та міжнародний досвід з регіоналізації перинатальної допомоги;
- визначити стратегічні підходи до регіоналізації перинатальної допомоги в Україні;
- сприяти створенню в регіонах України ефективної моделі регіоналізації перинатальної допомоги.

Рецензенти:

1. Пирогова В.І. – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, д-р мед. наук, професор.

2. Батман Ю.А. – завідувач кафедри неонатології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, д-р мед. наук, професор.

Рекомендовано Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Протокол від 27 січня 2012 р. № 2.

Користувачі практичних настанов: працівники центральних органів виконавчої влади, представники органів місцевого самоврядування, національна академія медичних наук України, територіальні органи охорони здоров'я, які забезпечують реалізацію державної політики у галузі охорони материнства і дитинства, медичні навчальні заклади, заклади охорони здоров'я і медичні працівники, медичні професійні асоціації, профспілкові організації, неурядові організації, засоби масової інформації, пацієнти.

© Міністерство охорони здоров'я України, 2012

© Колектив авторів, 2012

Зміст

Колектив авторів

Список скорочень

Передмова

Вступ

Розділ 1.	Міжнародний досвід системи регіоналізації перинатальної допомоги
Розділ 2.	Нормативно-правова база
Розділ 3.	Система регіоналізації перинатальної допомоги
Розділ 4.	Організація консультування в межах регіоналізації перинатальної допомоги
Розділ 5.	Транспортування перинатального пацієнта
Розділ 6.	Безперервне навчання медичного персоналу в перинатології
Розділ 7.	Сучасні підходи до управління якістю надання перинатальної допомоги
Розділ 8.	Планування сім'ї у системі регіоналізації перинатальної допомоги
Розділ 9.	Інформаційне забезпечення населення
<i>Додаток 1</i>	Обладнання санітарного транспорту для транспортування вагітної/роділлі/породіллі
<i>Додаток 2</i>	Забезпечення виїзної неонатальної бригади
<i>Додаток 3</i>	Критерії оцінки функціональних можливостей закладів перинатальної допомоги I рівня
<i>Додаток 4</i>	Критерії оцінки функціональних можливостей закладів перинатальної допомоги II рівня
<i>Додаток 5</i>	Критерії оцінки функціональних можливостей перинатального центру III рівня
<i>Додаток 6</i>	Оцінка якості впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги
<i>Додаток 7</i>	Розрахунок ліжкового фонду перинатального центру III рівня надання допомоги

Колектив авторів

	Моїсенко Раїса Олександрівна	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, головний редактор
1.	Вайсберг Юрій Рувімович	Головний лікар Житомирського обласного центру охорони здоров'я матері та дитини
2.	Голяновський Володимир Олегович	Клінічний спеціаліст з акушерства та гінекології Проекту «Здоров'я матері та дитини-II»
3.	Грищенко Ольга Валентинівна	Завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, професор
4.	Гінзбург Валентина Григорівна	Начальник Головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації
5.	Давидова Юлія Володимирівна	Завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальних патологій ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології Національної академії медичних наук України», доктор медичних наук
6.	Добрянський Дмитро Олександрович	Професор кафедри педіатрії Львівського медичного університету
7.	Дудіна Олена Олександрівна	ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», завідувач відділу охорони здоров'я матері та дитини
8.	Іркіна Тамара Костянтинівна	Заступник директора Проекту «Здоров'я матері та дитини-II»
9.	Камінський В'ячеслав Володимирович	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Акушерство та гінекологія», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор
10.	Квашенко Валентина Павлівна	Професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Донецького державного медичного університету
11.	Коломейчук Валентина Миколаївна	Заступник директора, начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги, Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
12.	Кузьменко Олег Олександрович	Директор Проекту «Здоров'я матері та дитини-II»
13.	Медведь Володимир Ісакович	Завідувач відділення внутрішньої патології вагітних, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор
14.	Нікіфор Лія Василівна	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Акушерство та гінекологія» Управління охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
15.	Осташко Світлана Іванівна	Директор Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
16.	Посохова Світлана Петрівна	Професор кафедри акушерства і гінекології № 1 Одеського державного медичного університету, заступник головного лікаря з питань акушерства і гінекології Одеської обласної клінічної лікарні
17.	Прядко Наталія Григорівна	Асистент кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
18.	Регушевський Святослав Євгенійович	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Акушерство та гінекологія» МОЗ АР Крим
19.	Сало Надія Йосипівна	Заступник директора, спеціаліст з тренінгів програми «Здоров'я жінок України»
20.	Семененко Ігор Володимирович	Клінічний спеціаліст з педіатрії Проекту «Здоров'я матері та дитини-II»
21.	Слабкий Геннадій Олексійович	Директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», д-р мед. наук, професор
22.	Татарчук Тетяна Феофанівна	Заступник директора ДУ ІПАГ НАМН України, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор
23.	Ткаченко Руслан Опанасович	Професор кафедри акушерства і гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика
24.	Ціхонь Зоя Олексіївна	Заступник начальника Головного управління охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації
25.	Чайка Володимир Кирилович	Завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного медичного університету ім. М. Горького, генеральний директор Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор
26.	Чибісова Ірина Володимирівна	Головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України
27.	Шулько Єлизавета Євгенівна	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Неонатологія», завідувач кафедри неонатології НМАПО ім. П.Л. Шупика, професор

Список скорочень

БПР	Безперервний професійний розвиток
БПЯ	Безперервне підвищення якості
ВІЛ/СНІД	Вірус імунодефіциту людини / синдром набутого імунодефіциту
ВМК	Внутрішньоматкові контрацептиви
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДКЦ	Дистанційний консультативний центр
ДПЦ	Державний перинатальний центр
ЗРП	Затримка росту плода
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПСШ	Захворювання, що передаються статевим шляхом
ПАГ НАМН	Інститут педіатрії акушерства і гінекології Національної академії медичних наук
ІЯ	Індикатор якості
КДЦ	Консультативно-діагностичний центр
КІК	Комбіновані ін'єкційні контрацептиви
КОК	Комбіновані оральні контрацептиви
КР	Кесарів розтин
КТГ	Кардіотокографія
МЛА	Метод лактаційної аменореї
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПТП	Протизаплідні таблетки прогестагенового ряду
УЗД	Ультразвукове дослідження
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ШВЛ	Штучна вентиляція легенів
ЯМД	Якість медичної допомоги
MOSAIC	Моделі організації доступу до новонароджених з екстремально низкою масою тіла
SpO₂	Парціальний тиск кисню
NYHA	Оцінка стадії серцевої недостатності (шкала Нью Йорк)
CO₂	Вуглекислий газ

Передмова

У програмі дій Президента України В.Ф. Януковича, який обрав курс на проведення реформ у нашій державі, визначено ряд пріоритетних напрямків подальшого розвитку України, що згодом втілилось у низці Національних проєктів. Одним із Національних пріоритетів став проєкт «Нове життя - нова якість охорони материнства та дитинства», який передбачає покращання якості перинатальної допомоги. Таким чином, охорона материнства і дитинства, турбота про майбутні покоління віднесені до розряду Національних пріоритетів, таких як енергетична безпека та інші складові незалежності держави.

Проєкт з реформування перинатальної допомоги має на меті реалізацію Цілей Розвитку Тисячоліття ООН, таких, як зниження на період 1990–2015 рр. на $\frac{2}{3}$ смертності дітей віком до 5 років, на $\frac{3}{4}$ — материнської смертності, а також забезпечення до 2015 р. широкого доступу до отримання допомоги у сфері репродуктивного здоров'я.

Водночас, слід враховувати позицію Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік є небезпечними для матері та дитини». Такі відділення не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня лікарів, що може негативно вплинути на рівень материнської та перинатальної смертності у регіоні.

Слід зазначити, що у 60-х роках ХХ ст. в деяких країнах світу дещо вдалося знизити рівень показників материнських і перинатальних втрат, дитячої смертності та інвалідності. Поряд з цим, стало зрозуміло, що кардинально змінити ситуацію неможливо лише шляхом впровадження медичних технологій та використання високотехнологічного обладнання, оскільки показники залишалися ще достатньо високими. Тоді світова медична спільнота дійшла висновку, що необхідно створити певну модель на рівні адміністративно-територіальної одиниці, яка б забезпечувала повний цикл надання медичної допомоги жінкам та дітям, починаючи з первинного рівня і закінчуючи високоспеціалізованою медичною допомогою. Виникла потреба у послідовних організаційних і адміністративних заходах які б сприяли забезпеченню доступності відповідної перинатальної допомоги усім категоріям населення відповідно до складності випадку.

Такий алгоритм дій отримав назву *регіоналізації перинатальної допомоги*, яка за рахунок запровадження сучасних медичних технологій, концентрації висококваліфікованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці сприяє вчасному направленню вагітних (з урахуванням ступеня перинатального ризику) до відповідних центрів, де надається кваліфікована якісна медична допомога.

Таким чином, *регіоналізація перинатальної допомоги* базується на принципах оцінки ступеня перинатального ризику і, відповідно до виявленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога. Такий підхід дає змогу самостійно вирішити питання організації перинатальної допомоги у регіоні та своєчасно перенаправити пацієнтів, здійснювати аналітичну, методичну та навчальну діяльність, підвищити рівень відповідальності медичних працівників.

Перинатальний центр III рівня – це лікувальний заклад високого рівня, свого роду, верхівка вертикалі надання медичної допомоги матерям і дітям в регіоні, тобто він є не тільки лікувальним закладом, а ще й організаційно-методичним центром. Усі інші структури служби підпорядковані йому з метою впровадження ідеології до рівня сімейного лікаря, фельдшерсько-акушерського пункту, акушерки і відповідно до кожної окремо взятої людини. Завдання перинатального центру – сформулювати цю ідеологію, визначити чіткі правила і контролювати їх дотримання, за необхідності – вносити корективи, організувати конференції, клінічні аналізи тяжких випадків. Завдання місцевої влади – забезпечити транспортування і маршрутизацію жінки із найвіддаленішого куточка до перинатального центру.

Оскільки історично перинатальна допомога в Україні поділилась на акушерську та неонатальну, а також враховуючи зміни підходів та стандартів у країнах Євросоюзу і світі до визначення якісної перинатальної допомоги, зобов'язання виконувати Цілі Розвитку Тисячоліття, виникла необхідність у реформуванні існуючої системи.

Вступ

Збереження життя та здоров'я матерів і дітей є стратегічно важливим пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я.

Поліпшення здоров'я матерів і зменшення дитячої смертності – одна з основних Цілей Розвитку Тисячоліття, визначених ООН.

Поряд з економічним та соціальним розвитком суспільства перинатальна допомога є частиною національної системи охорони здоров'я. Завданням перинатальної допомоги є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей не тільки сьогодні, але й у майбутньому, зокрема, шляхом підвищення рівня народжуваності, покращення стану новонароджених дітей, безпечності пологів, попередження материнської і малюкової смертності (смертності дітей 1-го року життя) та зміцнення здоров'я дитячого населення.

Впроваджена в Україні система реєстрації перинатальної та малюкової смертності, яка діє у країнах Євросоюзу відповідно до рекомендацій ВООЗ, створює умови для підвищення рівня виживання дітей та забезпечення права на життя кожної народженої дитини.

За даними МОЗ України (Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році), серед померлих дітей 1-го року життя понад 60% помирає у перші 28 днів (неонатальний період). У структурі причин перинатальної смертності, рівень якої в 2010 р. становив 10,24 на 1000 народжених живими і мертвими, більше половини займають стани, що виникли під час вагітності та пологів (72%), друге місце (22%) вроджені вади розвитку. Серед усіх померлих на 1-му році життя 20% померли в пологовому будинку, 16% - в умовах центральних районних та міських лікарень. Залишається значущою проблема виходжування дітей з екстремально низькою масою тіла.

Показник материнської смертності все ж таки перевищує аналогічний показник країн Євросоюзу, незважаючи на значне зниження даного показника з 31,3 на 100 тис. народжених живими у 1992 р. до 23,3 на 100 тис. народжених живими у 2010 р. Серед причин материнської смертності перше місце (понад 70%) у 2010 р. посіли причини, пов'язані з екстрагенітальною патологією, друге – акушерські кровотечі (близько 16%), третє і четверте (майже по 7%) – тромбоемболічні та септичні ускладнення.

Близько 15–17% вагітних з тяжкою екстрагенітальною патологією потребують госпіталізації до спеціалізованих багатопрофільних медичних закладів у зв'язку з високим ризиком розвитку ускладнень.

Досвід впровадження нових ефективних технологій щодо виходжування новонароджених з малою масою тіла (500 г), надання допомоги новонародженим у критичних станах та вагітним, роділлям, породіллям з ускладненим перебігом вагітності та пологів дає підстави стверджувати, що її адекватність і успішність безпосередньо пов'язана з низкою чинників. Серед них: достатня забезпеченість висококваліфікованим медичним персоналом, який володіє відповідними навичками та вміннями і налагодженою системою безперервного навчання; рівень матеріально-технічного забезпечення; наявність сучасного лабораторно-діагностичного обладнання тощо. Така допомога можлива виключно у спеціалізованих закладах з вищевказаними умовами.

Основним принципом організації перинатальної допомоги на сучасному етапі є регіоналізація, яка базується на концепції перинатального ризику – необхідність встановлення чіткої відповідності ступеня ризику пологів для матері та дитини до реальних можливостей лікувального закладу.

До початку реорганізації перинатальної допомоги в Україні протягом 2009–2010 рр. медичну допомогу вагітним і роділлям надавали: у 87 пологових будинках, у пологових відділеннях 8 обласних лікарень, у пологових відділеннях 99 міських багатопрофільних лікарень, у пологових відділеннях 470 центральних районних та районних лікарень, на пологових ліжках 8 дільничних лікарень (переважно це гірські райони). Амбулаторна допомога надавали у 494 жіночих консультаціях, у 1223 акушерсько-гінекологічних відділеннях (кабінетах) амбулаторно-поліклінічних закладів, у 107 центрах (кабінетах) планування сім'ї та у 92 кабінетах медичної генетики.

Широка мережа стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів акушерсько-гінекологічної служби, на перший погляд, сприяє доступності спеціалізованої допомоги. Передусім це стосується допомоги при пологах на рівні дільничних, районних та окремих центральних районних лікарень, де реєструється менше 400 пологів у рік (30–60% пологових відділень в областях), що зумовлює високі ризики ускладнень у пологах та високий показник материнських і перинатальних втрат через відсутність цілодобового чергування лікарів неонатологів і акушерів-гінекологів, повільне впровадження сучасних перинатальних технологій та недостатнє оснащення необхідним медичним і лабораторним обладнанням. Рівень економічних витрат на одні пологи в таких закладах є мінімум втричі більшим за такий у потужних пологових стаціонарах.

Забезпеченість кадрами та рівень їх професійної підготовки зумовлюють якість надання допомоги. Недостатнім залишається кадрове забезпечення лікарями неонатологами, терапевтами, анестезіологами у більшості областей України. Незважаючи на достатній рівень укомплектованості лікарями акушерами-гінекологами, їх більшість сконцентрована у міських закладах охорони здоров'я. Відповідної уваги потребують питання щодо підготовки фахівців з надання допомоги при невідкладних станах в акушерстві та неонатології.

Заслугує уваги недосконала система транспортування хворих, зокрема новонароджених. Недостатня кількість спеціальних реаніомобілів унеможлиблює адекватну допомогу по шляху перевезення. Особливо гостро постали ці проблеми у гірській місцевості та віддалених сільських районах.

Для ефективної та безпечної допомоги щодо переведення пацієнтів з одного до іншого лікувального закладу слід поліпшити систему інтеграції та взаємодії між родопомічними закладами різних рівнів.

Переорієнтація первинної медичної допомоги на засади загальної практики / сімейної медицини в державі сприяє наближенню допомоги до пацієнта та вносить певні зміни щодо спостереження за вагітними та дітьми.

У розвинених країнах регіоналізація перинатальної допомоги є найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності. Регіоналізація передбачає: забезпечення наступності та етапності у наданні медичної допомоги на основі чіткого розподілу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) за рівнями надання медичної допомоги; запровадження єдиних стандартів, рекомендацій та порядку госпіталізації вагітних до родопомічних закладів відповідно до визначених обсягів надання допомоги вагітним та новонародженим; задоволення населення якістю і доступністю медичної допомоги.

Регіоналізація – це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечує своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Мета регіоналізації перинатальної допомоги – підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням: раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; рівня захворюваності новонароджених; створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, малякової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

Завдання регіоналізації:

- Реформування системи охорони здоров'я матерів і дітей, як частини реформи системи охорони здоров'я загалом.
- Удосконалення нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я матерів і дітей.
- Створення умов для безпечної вагітності і пологів шляхом рівноправного та ефективного надання висококваліфікованої медичної допомоги, забезпечення доступу до неї

залежно від потреб пацієнта за умови раціональних витрат і реальності створюваних схем та планів.

- Створення умов до об'єднання зусиль спрямованих на прискорення дій, необхідних для поліпшення стану материнського і перинатального здоров'я в Україні.

- Регіоналізація акушерської допомоги: дотримання чіткої етапності з використанням переліку стандартизованих базових послуг перинатальної допомоги відповідно до груп ризику з урахуванням рівня надання медичної допомоги.

- Створення структурованої та інституційно організованої мережі перинатальних центрів II та III рівнів, впровадження ефективних перинатальних технологій, визначених ВООЗ.

- Продовження розробки та впровадження у ЗОЗ новітніх інформаційних технологій, у т.ч. телемедицини; медичних стандартів і клінічних протоколів, розроблених на основі медичних фактів з доведеною ефективністю.

- Оснащення ЗОЗ сучасним медичним обладнанням з метою впровадження прогресивних медичних технологій.

- Проведення планової паспортизації пологових і неонатальних відділень, пологових будинків і перинатальних центрів.

- Запровадження системи надання окремих послуг акушерсько-гінекологічного профілю лікарями загальної практики / сімейними лікарями.

- Розробка та впровадження порядку планової та ургентної госпіталізації і транспортування вагітних, роділь, породіль та новонароджених, положень про реанімаційно-консультативні центри в акушерстві-гінекології та неонатології.

- Проведення заходів щодо вирішення питання транспортного забезпечення перевезення вагітних, роділь, породіль та немовлят для надання допомоги при невідкладних станах.

- Забезпечення якості лабораторного супроводу, особливо у разі проведення інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення, роділь, породіль та новонароджених.

- Організація роботи перинатальних консиліумів, створення загрозоетричного реєстру вагітних, передусім групи підвищеного ризику.

- Удосконалення системи підготовки спеціалістів і концентрація кваліфікованих кадрів.

- Створення на базі перинатальних центрів системи постійних тренінгових центрів для лікарів і середнього медперсоналу із залученням національних тренерів, що мають підготовку в рамках проектів міжнародної технічної допомоги та під час стажування за кордоном тощо.

- Планування наукових робіт щодо наукового обґрунтування діяльності перинатальних центрів (структура, рівні, мережа, взаємодія тощо) та організації надання перинатальної допомоги.

Розділ 1 Міжнародний досвід системи регіоналізації перинатальної допомоги

Розвиток важливого аспекту охорони здоров'я – системи регіоналізації перинатальної допомоги – після початкового (досить ефективного) впровадження виявив останніми роками нові проблеми. У багатьох країнах, що розвиваються, він зайшов у глухий кут через брак фінансування від уряду. У більшості розвинутих країн створені регіональні програми разом із появою медичного забезпечення та приватного сектору охорони здоров'я. Вінстон Черчилль зазначав: «Чим довше ви можете озиратися назад, тим далі ви можете подивитися вперед». І дійсно: нинішня ситуація зобов'язана подіям, які трапились протягом останніх трьох десятиліть. Медична освіта в цілому зосередилася на підготовці лікарів для діагностики та лікування захворювань. Слід зазначити, що недостатня організація медичної допомоги є чи не основною причиною високого рівня смертності та захворюваності поряд з відсутністю клінічної компетентності та навичок.

У 1970 р. Департамент національної охорони здоров'я і соціального забезпечення в Канаді вперше порушив питання щодо регіоналізації перинатальної допомоги. Тоді було опубліковано «Рекомендовані стандарти догляду материнства та новонародженого» і програми раннього розпізнавання немовлят високого ризику не виявлених під час внутрішньоутробного розвитку, що передбачає їх швидку передачу у заклади високого рівня надання допомоги. Транспортування має стати невід'ємною частиною планування програм з регіоналізації перинатальної допомоги, орієнтованих на суспільство.

Американська медична асоціація наголосила, що за реалізацію перинатальної допомоги відповідальні лікарі, державні органи та суспільство; ця організація мала на меті створити програми професійної підготовки, розробити керівні принципи, а також продовжити дослідження та оцінку перинатальних програм. Цю заяву схвалив Комітет плода та новонародженого, а також виконавчі ради Американської академії педіатрії і Американського коледжу акушерів і гінекологів.

Слід зазначити, що деякі матері та новонароджені відносяться до групи підвищеного ризику (через ускладнення при попередній або цій вагітності) і потребують особливого догляду, що можна створити лише у відповідних медичних закладах.

У 1970 р. в журналі «Клінічна педіатрія Північної Америки» була опублікована стаття «Регіональна організація спеціалізованої допомоги новонародженому» (з Канади). Наступного року в національних програмах (як у Канаді, так і США) зазначалося, що особливу увагу слід звернути на розвиток і функціонування централізованих перинатальних відділень реанімації в кожному географічному регіоні. В документі Американської медичної асоціації висвітлено дві мети регіоналізації:

- Програми виявлення жінок високого ризику вагітності для забезпечення транспортування у ті лікарні, які укомплектовані, оснащені і організовані для надання якісної, висококваліфікованої допомоги
- Програми раннього виявлення новонароджених, які не були виявлені під час антенатального періоду і потребують транспортування до відповідно оснащеного закладу.

Транспортування має бути невід'ємною частиною планування цих програм.

У розвинутих країнах прийнято кілька організаційних стратегій щодо оптимізації системи медичної допомоги з метою забезпечення найкращого догляду, можливого в даній країні. У кожній країні існує свій, унікальний спосіб організації та надання медичної допомоги, який базується на політичній філософії країни, історії попередніх систем і політики медичної допомоги, наявності кваліфікованих кадрів та економічних можливостей.

На якість перинатальної допомоги, що виражається в рівні материнської, перинатальної, неонатальної та дитячої смертності і захворюваності, впливає не тільки наявність медичних технологій, підвищення освіченості, поліпшення соціального і економічного статусу населення, але й організація перинатальної допомоги. Регіоналізація перинатальної допомоги потрібна для

забезпечення кожній дитині народження і догляду в медичному закладі відповідно до стану її здоров'я, а також для досягнення оптимального результату.

В Австралії регіоналізація неонатальної допомоги проведена на початку 1990-х років ХХ ст. На 250 000 пологів на рік функціонує 23 відділення інтенсивної терапії новонароджених. Співвідношення річної кількості пологів і числа відділень – 10 000:1, а середня кількість дітей з дуже низькою масою тіла при народженні, що надходять до відділення інтенсивної терапії, – 90.

У Великій Британії, де немає регіоналізації перинатальної допомоги, спостерігається інша картина. Щорічна кількість пологів на одне відділення інтенсивної терапії новонароджених становить 4000, а середня кількість дітей з дуже низькою масою тіла при народженні, що надходять до відділення інтенсивної терапії, – 40.

Необхідна кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених найчастіше розраховується на 1000 дітей з низькою масою тіла при народженні. Ця кількість може відрізнитися в різних системах залежно від критеріїв направлення до відділення, від організації відділень інтенсивної терапії та регіоналізації допомоги, а також від політики в галузі охорони здоров'я та частоти народження дітей з низькою і екстремально низькою масою тіла серед населення. У таблиці 1 наведено відмінності в кількості ліжок інтенсивної терапії в різних країнах.

Таблиця 1

Кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених (на 1000 народжених живими)

Країна	Кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених	Ліжка інтенсивної терапії та інтенсивного спостереження
США	3,3	5,1
Канада	/	2,6
Австралія	/	2,6
Велика Британія	0,67	/
Гонконг	1,6	/

Регіоналізація перинатального догляду в США

Багаточисленні дослідження продемонстрували переваги регіоналізації допомоги при народженні глибоко недоношеної дитини і концентрації більшості таких пологів у стаціонарах третього рівня медичної допомоги. У США медичні заклади, які забезпечують стаціонарний догляд за новонародженим, поділяються на три рівні.¹

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

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

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

Регіоналізація перинатального догляду в Європі

¹ AAP Committee on Fetus and Newborn. 2004. Levels of Neonatal Care. *Pediatrics* 114: 1341-1347

В європейських країнах існують різні моделі організації медичної допомоги (стосовно кількості та розміру пологових стаціонарів, а також того, чи пов'язані вони зі спеціалізованими неонатальними відділеннями). З одного боку, закриття малопотужних пологових відділень і централізація всіх пологів у великих стаціонарах гарантують, що дитина з групи підвищеного ризику народиться в стаціонарі належного рівня і отримає спеціалізовану неонатальну допомогу. З іншого боку, за наявності значної кількості великих пологових відділень з різними рівнями спеціалізації є необхідною організація міжлікарняної мережі регіоналізації для забезпечення ведення пологів у жінок з групи високого ризику в спеціалізованих відділеннях.

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

У Португалії реформа перинатальної допомоги, розпочата на початку 1990-х років ХХ ст., призвела до закриття найбільш малопотужних пологових стаціонарів, в яких кількість пологів на рік не сягала 1500. Стаціонари були поділені на I, II і III рівні, а також створені мережі стаціонарів більш високого рівня в Північній, Південній і Центральній Португалії. Основна акушерська і неонатальна допомога в країні надавалася у пологових стаціонарах II рівня, як у нових вимогах, так і в попередніх, приведених у відповідність до нових. Були розроблені і впроваджені керівництва з внутрішньоутробного транспортування плода, а також створена Національна система транспорту з метою забезпечення перевезення дітей, народжених поза центрами.

Проект MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі оцінила вплив організації акушерської допомоги в регіоналізації догляду за глибоко недоношеними дітьми в 10 європейських регіонах із загальною кількістю 490 000 пологів живими дітьми. У ході оцінки порівнювалися кількість спеціалізованих пологових відділень на 10 000 пологів, частка дітей, народжених в спеціалізованих відділеннях, і частка глибоко недоношених дітей, які за станом здоров'я направлялися до спеціалізованих стаціонарів.²

Таблиця 2

Організація неонатальної допомоги в Європі

Країна	Регіон	Кількість пологів 2000 рік	Кількість пологових стаціонарів	Стаціонари III рівня надання допомоги	Інші Стаціонари, які мають змогу приймати немовлят до 28 тиж.	Кількість пологових стаціонарів на 10 000 пологів	Кількість стаціонарів III рівня на 10 000 пологів
Бельгія	Flanders	62 128	75	8	Ні	12,1	1,29
Данія	Eastern Denmark	35 000	12	2	Так	3,4	0,57
Франція	Pe-de-France	167 295	112	11	Ні	6,7	0,66
Германія	Hesse	58 817	81	12	Ні	13,8	2,04
Італія	Lasio	49 163	61	12	Ні	12,4	2,44
Нідерланди	Eastern та Central	40 000	25	2	Ні	6,3	0,50
Польща	Wielkopolska та Lubuskie	40 000	51	1	Ні	12,8	0,25
Португалія	Nothern region	44 521	19	8	Ні	4,3	1,80
Велика Британія	Trent	55 541	19	7	Так	3,4	1,26
	Nothern region	30 374	15	4	Так	4,9	1,32

Середня кількість пологових відділень варіювалася у межах від 5,5 і менше на 10 000 пологів у Данії, Франції, Португалії та Великій Британії до понад 10 у Бельгії, Німеччині, Італії та Польщі. Середня кількість пологових відділень III рівня становила 1 на 10 000 пологів. Дослідження MOSAIC також продемонструвало, що частка новонароджених 24–31 тиж. гестації, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, дорівнювала від 63–64% у регіонах Данії та Польщі до понад 80% у регіонах Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії.

² Béatrice Blondel et all., Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. BJOG116:136401372

Розділ 2. Нормативно-правова база

Державні заходи щодо здійснення активної демографічної політики, підвищення якості перинатальної допомоги визначені в указах Президента України, постановах Кабінету Міністрів України та наказах Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України:

1. Закон України

від 7.07.2011 р. № 3611-VI

«Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги».

2. Закон України

від 7.07.2011 р. № 3612-VI

«Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

3. Указ Президента України

від 20.10.2005 №1497/2005

“Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій”

4. Доручення Кабінету Міністрів України

від 16.08.2011 р. № 37565/1/-11

«Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

5. Наказ МОЗ України

від 05.10.2011 р. № 646

«Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві"».

6. Наказ МОЗ України

від 02.11.2011 р. № 743

«Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги».

7. Наказ МОЗ України

від 02.02. 2011 р. № 52

«Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції».

8. Наказ МОЗ України

від 15.08.2011 р. № 514

«Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я».

9. Наказ МОЗ України

від 14.11.2011 р. № 783

«Про затвердження Примірного табеля оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення перинатального центру III рівня».

10. Наказ МОЗ України

від 13.04.2011 р. № 204

«Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання».

11. Наказ МОЗ України

від 31.10.2011 р. № 726

«Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах».

12. Наказ МОЗ України

від 01.08.2011 р. № 454

«Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги на період до 2020 року».

13. Наказ МОЗ України

від 15.07.2011р. №417

«Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги»

Розділ 3. Система регіоналізації перинатальної допомоги

Регіоналізація перинатальної допомоги передбачає розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам в Україні за трьома рівнями. Саме трирівнева система забезпечує розмежування медичної допомоги між ЗОЗ відповідно до рівнів перинатальної допомоги. Базовим поняттям до визначення рівня перинатальної допомоги є сучасний підхід до поняття перинатального ризику.

Системи оцінки перинатального ризику (історична довідка)

Вперше регіоналізація перинатальної допомоги була запропонована в Канаді (1969 р.), США (1971 р.), Великій Британії (1972 р.) та Австралії (1978 р.). Після ефективного впровадження цієї новаторської системи в зазначених країнах політика регіоналізації поширювалась на усі країни Євросоюзу та світу. Однак на сьогодні існує досить багато проблем, які потребують вирішення, у т.ч. щодо оцінки перинатального ризику, розподілу потоків пацієнтів до відповідних ЗОЗ, враховуючи поширення приватної медицини в цих країнах.

У 1979 р. в Канаді представлено документ «Регіоналізація спеціалізованої допомоги новонародженим» в журналі «Педіатрична клініка Північної Америки». У 1980 р. в Канаді та США розроблено документи: «Програма ідентифікації вагітності високого ризику для виявлення дітей, які мають народжуватись у центрах, де працює досвідчений персонал, є відповідне оснащення та організація для надання висококваліфікованої неонатальної допомоги» та «Програма раннього виявлення новонароджених з високим перинатальним ризиком, які не були визначені під час антенатального періоду і потребують транспортування до відповідно оснащеного закладу для їх виходжування». Організація трансферу повинна бути інтегральною частиною регіональних медико-організаційних програм.

Початковою метою створення системи оцінки ризику була класифікація індивідуального стану певних вагітних на різні категорії для подальшої розробки та впровадження різних заходів. Запропоновано низку різних систем оцінки та запровадження сумарного ризику. В деяких з них подано кількісну (бальну) оцінку кожного фактора ризику. Однак дуже складно врахувати реальний ризик, асоційований з даним фактором. Таку інформацію можна отримати лише для певних факторів, найчастіше дуже серйозних, які самі по собі здатні насторожувати клініцистів. Також немає доказів, що фактори ризику, взаємодіючи, підвищують вплив одного з них. Проте доведено, що бальні шкали є більш вагомими для повторних вагітностей, ніж для першої, оскільки багато факторів асоціюються з акушерським анамнезом.

Чому бальна оцінка не витримала випробування часом

Ефективна шкала оцінки ризику обґрунтовує певні та вчасні дії. Шкала ризиків розглядалась як скринінговий тест, вона створювалась з метою розмежування групи жінок (високого ризику або без нього). Відповідно до цієї шкали, у 10–30% жінок, які належали до групи підвищеного ризику, не зафіксовано негативних наслідків вагітностей, хоча шкала ризику вказала на їх можливість. Водночас, 20–50% жінок, які мали ускладнення вагітності та пологів, або які народили дитину передчасно чи дитину з низькою масою тіла, знаходились в групі з низьким ризиком. Таким чином, слід розробити оцінку ризику, визначивши сенситивність, специфічність, валідність та утилітарність її складових.

Для клініцистів вкрай важливо визначити групу жінок, які мають високу вірогідність несприятливого закінчення вагітності. Для кожної жінки з групи підвищеного ризику сприятливим є лише алгоритм дій, який допоможе знизити ризик або мінімізувати його наслідки. Якщо відмітка «підвищений ризик» призводить до зайвих втручань, то переваг буде набагато менше, ніж небезпеки.

Не рекомендується бальна оцінка ступеня перинатального ризику, оскільки в процесі тривалого застосування вона себе не виправдала: з одного боку, при I відвідуванні така оцінка не впливає на перебіг і закінчення вагітності, а з іншого – потребує частішого відвідування медичних закладів, зайвих обстежень, медикаментозного навантаження.

Показано, що 50% ускладнень пологів і післяпологового періоду спостерігалось у жінок з групи умовно низького ризику, а 75% вагітностей у групі жінок умовно високого ризику закінчилося нормальними пологами та народженням здорової дитини.

Доведено, що чинники, які розглядалися як ризиковані, насправді були статистичними *маркерами*. Так, кількість пологів в анамнезі, вага до вагітності, зріст, репродуктивний анамнез

не можна змінити за рахунок будь-яких втручань. У жінок з групи «високого ризику» загроза несприятливого закінчення вагітності та неможливість змінити маркери ризику зумовлює підвищену тривожність. Водночас, віднесення жінки до групи низького ризику не гарантує їй сприятливого результату вагітності.

Поняття перинатального ризику

Перинатальний ризик – це ймовірність серйозних ускладнень з боку вагітної та/або плода і новонародженого як у період гестації, так і під час пологів, у післяпологовому періоді та періоді ранньої неонатальної адаптації, які потенційно обумовлюють несприятливий результат вагітності.

Перинатальний ризик поділяють на три основні види: материнський, фетальний та поєднаний.

Під материнським перинатальним ризиком розуміють імовірність критичного стану жінки, виникнення інвалідизації, материнської смерті внаслідок важкого захворювання або його ускладнень.

Приклади: ішемічна хвороба серця, аортальний стеноз, серцева недостатність високого функціонального класу, бронхіальна астма, гемофілійні стани тощо.

Під фетальним перинатальним ризиком розуміють імовірність порушення розвитку плода, виникнення вроджених і спадкових дефектів здоров'я внаслідок різноманітних причин, іноді не пов'язаних зі станом здоров'я матері.

Приклади: трисомія 21-ї хромосоми, вживання тератогенних та/або фетотоксичних препаратів, бактеріальний вагіноз, гострий токсоплазмоз, первинна гостра герпетична інфекція, невиношування вагітності, ізоіммунний конфлікт тощо.

Під поєднаним перинатальним ризиком розуміють імовірність одночасного виникнення серйозних ускладнень з боку матері і плода внаслідок певних захворювань матері.

Приклади. передгестаційний цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ціанотична вада серця, висока легенева гіпертензія, гломерулонефрит тощо.

Такий розподіл має умовний характер, але є виправданим клінічно, оскільки окремі патологічні стани обумовлюють високу небезпеку переважно для матері, інші – переважно для плода.

Оцінка ризику з визначенням його переважного виду дає змогу розробити індивідуальний план ведення вагітної з подальшим створенням для неї мультидисциплінарної команди відповідно до профілю патології та визначення місця і терміну госпіталізації, строків і способу розродження.

Динамічний ризик

Відповідно до сучасної концепції перинатальної медицини, перинатальний ризик слід оцінювати при кожному відвідуванні вагітною лікаря, а не по триместрах, як рекомендували раніше.

Саме такий підхід отримав назву *динамічного* перинатального ризику, чим підкреслюється можливість кардинальних змін індивідуального плану ведення вагітної на будь-якому етапі спостереження. Слід зазначити, що ступінь ризику може змінюватись багато разів протягом вагітності, але частіше – у бік підвищення.

На сьогодні розглядаються такі чинники ризику.

Чинники ризику

I. Соціальні:

1. Соціальна ізоляція/відсутність соціальної підтримки.
2. Небажана вагітність.
3. Пізні звернення за перинатальним наглядом (після 28 тиж.).
4. Мати-одиначка.
5. Юний вік на момент зачаття (<17 років).
6. Інтервал між пологами та настанням даної вагітності <6 міс.
7. Вживання алкоголю та/або наркотичних засобів.
8. Куріння.
9. Гестаційна депресія.
10. Насильство в родині.

11. Смерть партнера під час вагітності.
12. Втрата роботи.
13. Зміна місця мешкання.
14. Проміскуїтетна поведінка.
15. Статевий партнер у групі високого ризику щодо синдрому набутого імунодефіциту (СНІДу).

II. Соціально-економічні індикатори:

1. Безробіття.
2. Низька заробітна платня
3. Низький прибуток в родині
4. Пацієнт не має змоги додатково сплачувати певні витрати.
5. Пацієнтка не має телефонного зв'язку.

III. Медичні:

A. Медичні та загальні індикатори:

1. Інфекції:
 - бактеріальний вагіноз;
 - хронічні інфекції (наприклад сечовивідних шляхів);
 - захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ);
 - вірус імунодефіциту людини (ВІЛ);
 - туберкульоз.
2. Цукровий діабет.
3. Серцево-судинні захворювання.
4. Захворювання респіраторної системи (астма).
5. Захворювання печінки.
6. Системні захворювання сполучної тканини.
7. Розлади метаболізму.
8. Ендокринна патологія.
9. Неврологічна патологія.
10. Ізоіммунна тромбоцитопенія.
11. Гемоглобінопатії.
12. Тяжка анемія.
13. Вегетаріанство (інші обмеження у харчуванні).
14. Порушення харчування (блювання вагітних, анорексія).
15. Патологічний набір маси тіла.
16. Вживання потенційно тератогенних медикаментів.
17. Травми.
18. Психічні захворювання.

B. Акушерський анамнез:

1. Синдром втрати плода.
2. Багатоплідна вагітність.
3. Народження дітей із генетичними захворюваннями.
4. Народження дитини з низькою масою тіла.
5. Передчасні пологи (<37 тиж.).
6. Передчасний розрив плодових оболонок >24 год. перед народженням, незалежно від гестаційного віку.
7. Кровотеча в терміні після 20 тиж.
8. Прееклампсія/еклампсія.
9. Структурні аномалії матки.
10. Патологічний амніотичний індекс.
11. Затримка росту плода (ЗРП).
12. Аритмії плода.
13. Неголовне передлежання.
14. Ізоімунізація.
15. Хоріоамніонит.

IV. Генетичні:

1. Вік матері: 35 років та більше на момент передбаченої дати пологів.
2. Повторні спонтанні аборти та нез'ясована загибель плода.
3. Наявність *вродженого* дефекту, хромосомної патології або генетичної хвороби (*вроджена* вада серця, синдром Дауна, м'язова дистрофія, муковісцидоз) у будь-кого з батьків, раніше народжених дітей, близьких родичів батьків.
4. Сімейний анамнез:
 - аутосомно-рецесивних хвороб (хвороба тей-сакса, таласемія тощо);
 - аутосомно-домінантних хвороб (хорея Хантингтона);
 - хвороб, зчеплених (*асоційованих*) зі статтю, X-зчеплених (*X-асоційованих*) хвороб (гемофілія).

Рівні перинатальної допомоги: заклади охорони здоров'я, критерії, обсяги

Перинатальна допомога має на меті зменшити показники материнської і малюкової захворюваності та смертності.

Перинатальна допомога розподіляється на амбулаторну та стаціонарну.

Амбулаторна перинатальна допомога, незалежно від ступеня перинатального ризику, здійснюється ЗОЗ I рівня та/або лікарями загальної практики – сімейної медицини. За необхідності жінку, яку віднесено до високого перинатального ризику, скеровують на консультацію та дистанційного спостереження до закладу III рівня або до ДПЦ – ШПАГ НАМН України, відомості про них мають бути внесені до регіонального та центрального реєстру вагітних високого ризику при першому зверненні.

Особливості перинатальної допомоги в умовах регіоналізації:

1. Розподіл акушерських стаціонарів на три рівні, кожен з яких має специфічні завдання і повноваження.
2. Динамічна оцінка ризику для кожної вагітної з визначенням рівня закладу, де має надаватись акушерська і неонатальна допомога.
3. Відповідність лікувально-діагностичних можливостей закладу ступеню перинатального ризику конкретної пацієнтки.
4. Доступність, своєчасність і безпечність перинатальної допомоги, що надається кожній вагітній.
5. Координація усієї перинатальної служби всередині регіону регіональним перинатальним центром III рівня, координація діяльності регіональних перинатальних центрів III рівня Державного перинатального центру (ДПЦ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук» (ШПАГ НАМН) України.

Таблиця 3

Функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги

Рівень допомоги	Допомога, яка надається, можливості закладу	Коментарі
I рівень (базова допомога) <ul style="list-style-type: none">• На амбулаторному (догоспітальному) етапі – фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), фельдшерський пункт, сільська лікарська амбулаторія, центр первинної медичної	<ul style="list-style-type: none">• Профілактична та інформаційно-просвітницька робота (включаючи питання планування сім'ї).• Діагностика вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності.• Виявлення та скеровування вагітних з груп ризику на вищий рівень надання перинатальної допомоги.	<ul style="list-style-type: none">• Спостереження і медична допомога усім вагітним, які надійшли до ЗОЗ з подальшим виявленням пацієнток високого ризику, які мають бути переведені до ЗОЗ II та III рівнів.• Розродження пацієнток з низьким перинатальним

<p>(медико-санітарної) допомоги, амбулаторія загальної практики/сімейної медицини, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї.</p> <ul style="list-style-type: none"> • На госпітальному етапі – пологові відділення, пологові відділення центральних районних та міських лікарень 	<ul style="list-style-type: none"> • Надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим при невідкладних станах. • Розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах. • Динамічне спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції). • На рівні первинної медико-санітарної допомоги, починаючи з фельдшерсько-акушерського пункту, має проводитися диспансерне спостереження жінок під час вагітності, надання відповідно до лікарської та лікарської допомоги, своєчасне скерування для надання спеціалізованої медичної допомоги з подальшим динамічним спостереженням у жіночих консультаціях (кабінетах) або ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги та надання у них акушерсько-гінекологічної допомоги. 	<p>ризиком через природні пологові шляхи, своєчасна діагностика ускладнень, які виникли у матері або плода під час пологів, проведення екстреного кесаревого розтину (КР) не пізніше ніж через 30 хв. після прийняття такого рішення.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Забезпечення цілодобової можливості загальної і регіонарної анестезії, рентгенологічного дослідження, ультразвукового дослідження (УЗД), лабораторного обстеження. • Доступність крові та її препаратів. • Післяпологовий догляд • Реанімація і стабілізація стану вагітних, породіль і новонароджених, які народились у ЗОЗ, та своєчасне консультування і виїзд бригади. • Спостереження та догляд за здоровими новонародженими аж до виписки. • Підготовка вагітної або новонародженого до транспортування до закладу III рівня.
<p>II рівень (спеціалізована)</p> <ul style="list-style-type: none"> • На амбулаторному етапі – жіночі консультації як юридична особа, так і у складі міських пологових будинків та/або міських багатoproфільних поліклінік та/або міських багатoproфільних лікарень. • На госпітальному етапі – міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у т.ч. на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральных районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів з кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування до 60 км. 	<ul style="list-style-type: none"> • Обсяг 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) ступенів акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла ≥ 1500 г (термін гестації ≥ 34 тиж.). • У ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше трьох ліжок. • Якщо вагітна, роділля, породілля, новонароджений потребуватимуть госпіталізації на III рівні надання медичної допомоги, необхідно стабілізувати їх стан та викликати спеціалізований транспорт (спеціалізовану лікарську бригаду) з ЗОЗ вищого рівня для переведення вагітної та/або роділлі та/або породіллі та/або новонародженого. • На госпітальному етапі стаціонарна 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Плановий КР жінкам з не оперованою раніше маткою або одним КР в анамнезі. • Стабілізація стану тяжкохворих до транспортування • Лікування хворих новонароджених середнього ступеня тяжкості, недоношених новонароджених у терміні понад 34 тиж. • Забезпечення базової допомоги. • Допомога вагітним з високим перинатальним ризиком.

<p>III рівень регіональний перинатальний центр (високоспеціалізована)</p> <ul style="list-style-type: none"> • До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний (республіканський Автономної Республіки Крим) перинатальний центр або міський перинатальний центр (міст Києва та Севастополя) як юридична особа, так і організаційно-структурна модель, створена із залученням окремих структурних підрозділів закладів охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги. • Система регіоналізації перинатальної допомоги передбачає створення перинатального центру III рівня потужністю, яка визначається потребою у високоспеціалізованій перинатальній допомозі, в розрахунку 1 на 7 000–10 000 пологів, крім м. Севастополя. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 тиж., у т.ч. новонародженим із критично низькою вагою при народженні незалежно від патології. • Надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, у т.ч. з виїздом у заклади охорони здоров'я I та II рівнів перинатальної допомоги. • Взаємодія з іншими ЗОЗ. • У ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. 	<ul style="list-style-type: none"> • Надання всебічної перинатальної допомоги безпосередньо скерованим і переведеним жінкам та новонародженим усіх категорій ризику, включаючи базову та спеціалізовану допомогу. • Транспортування матері та новонародженого із закладів нижчого рівня. • Аналіз і оцінка результатів діяльності перинатальної служби в регіоні. • Розробка і забезпечення місцевих (регіональних) програм освіти населення з питань репродуктивного здоров'я, навчання медичних працівників базового і спеціалізованого рівнів надання перинатальної допомоги. • Створення і постійна підтримка регіонального реєстру вагітних високого ризику. • Надання всебічної перинатальної допомоги безпосередньо скерованим і переведеним жінкам та новонародженим усіх категорій ризику, включаючи базову та спеціалізовану допомогу. • Дистанційне консультування в режимі on-line. • Навчання спеціалістів ЗОЗ, які надають перинатальну допомогу.
---	---	---

Алгоритми ведення вагітних з перинатальним ризиком

Ризики	Можливі проблеми та ускладнення	Рішення	Додаткові дії	Рівень спостереження	Рівень, на якому приймаються пологи
Низький соціальний рівень	Відмова від диспансерного спостереження під час вагітності Передчасні пологи ЗРП Внутрішньоутробне інфікування Туберкульоз Насильство в родині	Санітарно-просвітницька робота	Залучення соціального працівника	Будь-який за відсутності ускладнень Бажане консультування у ЗОЗ вищого рівня	Будь-який за відсутності ускладнень
Зловживання алкоголем	Відмова від диспансерного спостереження під час вагітності Передчасні пологи ЗРП Внутрішньоутробне інфікування Туберкульоз Насильство в родині + захворювання печінки	Санітарно-просвітницька робота	Залучення соціальних служб та співпраця з ліцензованими неурядовими організаціями	Те ж саме	Те ж саме
Наркотична залежність	Загибель плоду у разі різкого припинення прийому наркотику Передчасні пологи Відмова від диспансерного спостереження під час вагітності + Супутні інфекції: + Гепатити В, С, ВІЛ	Опіїдна замісна терапія + планування родини	Залучення жінок до програм замісної терапії, соціальних служб та співпраця з ліцензованими неурядовими організаціями	Те ж саме	Те ж саме
Незбалансоване харчування	Анемія Гіпо- та авітаміноз Передчасні пологи	Рекомендації щодо збалансованого харчування Вживання добавок Ca^{2+} (1 г на добу) Вживання полівітамінів		Те ж саме	Те ж саме
Вік					

до 18 років	Поєднання з проблемами, пов'язаними з низьким соціальним рівнем, + преєклампсія	Санітарно-просвітницька робота + планування родини	.	Те ж саме	Те ж саме
старші 35 років	Екстрагенітальні захворювання Хромосомні аберації Преєклампсія Передчасні пологи	Обстеження суміжними спеціалістами Медико-генетичне консультування	Пренатальна діагностика – УЗД у 11–13 тиж. – III рівень, б/х скринінг у 16–19 тиж. За показаннями – інвазивні методики (III рівень) УЗД фетометрія у 26–28 і 32–34 тиж. Доплерометрія у 26–28 та 32–34 тиж.	За наявності ЕГП – II–III рівень (залежно від ЕГП)	За наявності ЕГП – II–III рівень (залежно від ЕГП)
Екстрагенітальні захворювання		Планування родини, преєконцепційна підготовка	Залучення відповідних суміжних спеціалістів		
Будь-які захворювання в стадії декомпенсації		Вирішення питання про переривання вагітності	Залучення відповідних суміжних спеціалістів (експертна думка)	III рівень	III рівень
Цукровий діабет	Передчасні пологи Преєклампсія Великий плід – аномалія пологів Діабетична фетопатія	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Контроль глікемії	II–III рівень Обов'язкове консультування на III рівні	III рівень або ДПЦ ІПАГ НАМН за висновком експертів
Вади серця	Летальний наслідок	Планування родини, Преєконцепційна підготовка Вирішення питання про переривання вагітності	УЗД серця ЕКГ Доплерометрія	II–III рівень Обов'язкове консультування на III рівні	II–III або ДПЦ ІПАГ НАМН за висновком експертів
Артеріальна гіпертензія	Преєклампсія ЗРП Передчасні пологи	Залучення відповідних суміжних спеціалістів (експертна думка) Профілактика преєклампсії – призначення малих доз аспірину – 75–100 мг щоденно з 16 до 34 тиж.	УЗД, фетометрія у 26–28 та 32–34 тиж. Доплерометрія у 26–28 тиж. та 32–34 тиж.	Будь-який за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	II–III рівень або ДПЦ ІПАГ НАМН за висновком експертів
Ожиріння II–III ст.	Гіпертензивні розлади Преєклампсія ЗРП	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	УЗД, фетометрія у 26–28 та 32–34 тиж. Доплерометрія	Будь-який за відсутності ускладнень	III рівень або ДПЦ ІПАГ НАМН за висновком експертів

	Аномалії пологової діяльності Тромбоемболія легеневої артерії Гестаційний діабет		у 26–28 тиж. та 32–34 тиж. Тест толерантності до глюкози, ТТГ (за висновком експерта)	Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	
Захворювання нирок: Хронічна ниркова недостатність Єдина нирка гломерулонефрит	Гіпертензивні розлади Прееклампсія ЗРП Ниркова недостатність	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Динамічне спостереження біохімічний контроль УЗД нирок	II–III рівень	III рівень або ДПЦ ІПАГ НАМН за висновком експертів
Захворювання печінки	Розвиток коагулопатії Енцефалопатія Печінкова недостатність Внутрішньопечінковий холестаз Гостра жирова дистрофія печінки	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Динамічне спостереження б/х контроль УЗД печінки	II–III рівень	III або ДПЦ ІПАГ НАМН висновком експертів
Гематологічні захворювання	Кровотечі	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Динамічне спостереження б/х та гематологічний контроль + тромбоцити	II–III рівень	III рівень або ДПЦ ІПАГ НАМН за висновком експертів
Анемія тяжкого ступеня	Кровотечі ЗРП Передчасні пологи	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Контроль Нв	Будь-який за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	III рівень
Туберкульоз (БК+ форми)	Розвиток дихальної недостатності Легенева кровотеча + низький соціальний рівень	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Динамічне спостереження	Будь-який за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	II–III рівень можливо спеціалізоване відділення
Бронхіальна астма	Розвиток дихальної недостатності	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Динамічне спостереження	Будь-який за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	II–III рівень
Злоякісні захворювання	Передчасні пологи ЗРП	Залучення відповідних суміжних спеціалістів	Додаткове обстеження за рекомендаціями суміжних	III рівень	III рівень або ДПЦ ІПАГ НАМН

	Летальний наслідок	Вирішення питання про можливість виношування вагітності	спеціалістів, контроль аналізів крові, біохімічних показників при проведенні паліативної хіміотерапії або радіотерапії		висновком експертів
ВІЛ/СНІД	Вертикальна трансмісія ЗРП Передчасні пологи	Направлення до фахівця з ВІЛ-інфекції для призначення АРТ профілактики або терапії	Визначення рівня клітин СД ₄ та рівня вірусного навантаження при взятті на облік з ВІЛ-інфекції та повторне вірусне навантаження у терміні 36 тижнів	I–III рівень	I–II–III рівень
Аntenатальна загибель плода	Інфекція Порушення згортання крові	Підготовка до розродження	Коагулограма	III рівень	II–III рівень
Персистуюча кровотеча під час вагітності	Кровотечі Порушення згортання крові	Динамічне спостереження Вирішення питання про переривання вагітності	УЗД Доплерометрія КТГ	III рівень	III рівень
Прееклампсія	Еклампсія	Вирішення питання про переривання вагітності	УЗД Доплерометрія КТГ Біохімія коагулограма	Будь-який при преєклампсії легкого ступеня і в терміні до 36 тиж. за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень
ЗРП	Перинатальна смертність	Динамічне спостереження Вирішення питання про переривання вагітності	УЗД Доплерометрія КТГ	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень
Передчасні пологи	Перинатальна смертність	Токоліз на час трансферу профілактика респіраторного дистрес-синдрому		II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень
Багатоплідна вагітність	Передчасні пологи Перинатальна смертність Кровотеча			Будь-який за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень
Маловоддя	Перинатальна смертність	Динамічне спостереження Вирішення питання про переривання вагітності	УЗД Доплерометрія КТГ	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень	I III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень

Багатоводдя	Вроджені вади розвитку	Переривання вагітності до 22 тиж при наявності вад розвитку	УЗД Доплерометрія КТГ	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень
Rh-іzosенсiбілізація	Гемолітична хвороба новонароджених	Контроль антитіл Профілактика анти-Rh імуноглобуліну в 28 тиж. і після пологів	УЗД Доплерометрія Кордоцентез	Будь-який за відсутності ускладнень Обов'язкове консультування у ЗОЗ вищого рівня	Будь-який за відсутності гемолітичної хвороби Тільки III рівень при ознаках гемолітичної хвороби
Допологове вилиття вод при недоношеній вагітності	Інфікування Недоношеність	Антибіотики Профілактика респіраторного дистрес-синдрому		II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень	II–III рівень У терміні до 34 тиж. – III рівень
Допологове вилиття вод при доношеній вагітності	Інфікування	Антибіотики при безводному періоді ≥ 18 годин до пологів (в/в)		Будь-який за відсутності ускладнень	II–III рівень
Тазове передлежання (36 тиж. і більше)	Перинатальна захворюваність та смертність	Зовнішній поворот в 37 тиж + гострий токоліз	УЗД	Будь-який за відсутності ускладнень до 36 тиж.	II–III рівень
Нестійке, неправильне положення плода (36 тиж. і більше)	Перинатальна захворюваність та смертність		УЗД	Будь-який за відсутності багатоводдя до 36 тиж.	II–III рівень

**Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня
перинатальної допомоги**

I. Акушерська патологія:

1. Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 35–36 тиж.
2. Передчасні пологи в терміні 35–36 тиж.
3. Прееклампсія легкого ступеня.
4. Спонтанна двійня.
5. Низьке прикріплення плаценти.
6. Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги
7. Рубець на матці після одного КР.
8. Сідничне передлежання плода (без інших акушерських ускладнень).

II. Екстрагенітальна патологія:

1. Серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність 0 або I ступеня.
2. Гестаційний цукровий діабет інсулінонезалежний.
3. Ендокринна патологія без істотного порушення функціонального стану відповідної залози.
4. Захворювання нирок без порушення функції та без артеріальної гіпертензії.
5. Захворювання гепатобіліарної системи без порушення функцій печінки.
6. Доброякісні новоутворення без істотних клінічних проявів.
7. Неврологічна патологія (за наявності висновку спеціаліста щодо відсутності показань до направлення на III рівень).
8. Легеневі захворювання без дихальної недостатності.
9. Доброякісні захворювання системи крові (за винятком патології згортувальної системи крові).

III. Стани плода:

1. Необхідність проведення неінвазивної пренатальної діагностики.
2. Вроджені вади розвитку плода, які не потребують анте- або негайного постнатального хірургічного втручання.

Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги

I. Акушерська патологія:

1. Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 22–34 тиж.
2. Передчасні пологи в терміні 22–34 тиж.
3. Прееклампсія середнього та важкого ступенів.
4. Багатоплідна вагітність (крім неускладненого перебігу вагітності при спонтанній двійні).
5. Передлежання плаценти.
6. Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги.
7. Заплановані вагінальні пологи у жінок з рубцем на матці.
8. Два і більше КР в анамнезі.

II. Екстрагенітальна патологія:

1. Серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність II або III ступенів.
2. Цукровий діабет, у т.ч. гестаційний інсулінозалежний.
3. Ендокринна патологія з порушенням функцій.
4. Захворювання нирок з порушенням функцій та/або наявністю артеріальної гіпертензії.
5. Дифузні захворювання печінки.
6. Онкологічна патологія.
7. Неврологічна патологія.
8. Легеневі захворювання, ускладнені дихальною недостатністю.
9. Захворювання згортувальної системи крові.
10. Системні захворювання сполучної тканини.

III. Стани плода:

1. Необхідність проведення інвазивної пренатальної діагностики.
2. Природжені вади розвитку плода, які потребують анте- або постнатального хірургічного втручання.
3. Ізоімунний конфлікт.
4. ЗРП.

IV. Стани новонародженого:

1. Недоношеність (до 32 тиж.).
2. Маса тіла менше 1500 г.
3. Дихальні розлади, які потребують тривалої, у тому числі високочастотної, респіраторної підтримки.
4. Стани, що потребують невідкладної хірургічної корекції.

Перелік показань до направлення вагітних до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

I. Екстрагенітальна патологія вагітних:

1. Загальні показання:

- необхідність вирішення питання про можливість виношування вагітності мультидисциплінарним консилиумом (до 12 тиж.);
- наявність у вагітної захворювання, що згідно постанови кабінету міністрів України від 15.02.2006 р. № 144 є підставою для переривання вагітності у пізньому терміні (12–22 тиж.) у разі відмови від проведення переривання;
- стан після хірургічного лікування будь-яких екстрагенітальних захворювань, що проведено в установах НАМН України під час теперішньої вагітності за їх рекомендацією;
- необхідність розродження в умовах високоспеціалізованої мультидисциплінарної допомоги.

2. Хвороби системи кровообігу:

- серцева недостатність ПА і вище стадії;
- функціональний клас за NYHA III і IV;
- ціаноз;
- гемодинамічно значущі порушення серцевого ритму;
- артеріальна гіпертензія III ступеня;
- коронарна патологія при неможливості надання допомоги на III рівні;
- аневризми аорти і крупних артерій;
- легенева гіпертензія II і III ступенів;

3. Хвороби дихальної системи:

- легенева недостатність II і III ступенів;
- патологія, що обумовлює загрозу пневмотораксу;
- хронічні бронхолегеневі хвороби з високою легеневою гіпертензією.

4. Новоутворення:

- новоутворення будь-якої локалізації злоякісної природи чи зі злоякісним клінічним перебігом;
- системні пухлинні захворювання;
- гемобластози.

5. Хвороби нирок і сечовидільної системи:

- гострий гломерулонефрит при неможливості надання допомоги на III рівні;
- хронічна хвороба нирок III і вище стадії;
- вазоренальна гіпертензія;
- стан після трансплантації нирки.

6. Хвороби крові й кровотворних органів:

- залізодефіцитна анемія тяжкого ступеня;
- інші види анемії (апластична, B_{12} -дефіцитна, гемолітична тощо);
- ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура;
- вторинні тромбоцитопенії тяжкого ступеня (тромбоцити $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$);
- дезагрегаційна тромбоцитопатія;
- будь-які інші гемофілічні стани;
- вроджені і набуті тромбофілії.

7. Хвороби органів травлення:

- дифузні захворювання печінки з портальною гіпертензією, або гепатоцелюлярною недостатністю, або з холестатичним чи цитолітичним синдромом;
- хронічні шлунково-кишкові захворювання, що обумовлюють небезпеку для здоров'я під час вагітності або пологів;
- спленомегалія із симптомами гіперспленізму.

8. Захворювання центральної і периферичної нервової системи:

- будь-які захворювання, які, згідно з висновком лікарського консилиуму, за місцем мешкання потребують лікування або розродження у ДПЦ.

9. Ендокринні хвороби:

- цукровий діабет 1-го і 2-го типів з тяжкими хронічними ускладненнями;
- хронічна наднирникова недостатність;
- гіперальдостеронізм;
- хвороба та синдром Іценка-Кушинга;
- феохромоцитома;
- гіперпаратиреоз, гіпопаратиреоз;
- ендокринні захворювання у поєднанні із захворюваннями порушення обміну речовин, рідкісними формами.

10. Інші екстрагенітальні захворювання:

- будь-які не перелічені вище захворювання, які, згідно з висновком лікарського консилиуму, обумовлюють загрозу життю жінки під час вагітності або пологів.

II. Акушерська і гінекологічна патологія у вагітних у поєднанні з важкою екстрагенітальною патологією.

III. Патологія плода:

- необхідність інвазивної пренатальної діагностики;
- Вроджені вади розвитку, фетальні синдроми, що потребують хірургічної корекції в ранньому неонатальному періоді.

Розділ 4. Організація консультування в межах регіоналізації перинатальної допомоги

Консультування є невід'ємним елементом координації та інтеграції перинатальної допомоги в регіоні, яке за рахунок раціоналізації роботи перинатальних медичних закладів усіх рівнів забезпечує ефективну, своєчасну та безперервну медичну допомогу, безпечне та обгрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня на інший.

Найважливішими складовими консультування є своєчасність, професіоналізм, чітка організація роботи, єдиний інформаційний простір, наступність, дотримання принципів деонтології в міжособистісних стосунках.

Телемедицина

За визначенням ВООЗ, це метод надання медичних послуг там, де відстань стає критичним фактором. Одним із найпоширеніших і відомих телемедичних сервісів у світі є телемедичне консультування. Указ Президента України від 20.10.2005 р. № 1497/2005 "Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій" визначає, що впровадження системи відеоконференцзв'язку в роботу медичних закладів забезпечує відео- та аудіоконтакт між консультантом і пацієнтом або колегою-лікарем. Впровадження новітніх телекомунікаційних технологій є важливим стратегічним завданням медицини на сучасному етапі. Його вирішення наблизить високоякісну медичну допомогу, і зокрема перинатальну, у віддалені регіони та забезпечить новий рівень комунікації працівників всієї системи охорони здоров'я з перинатальними центрами III рівня, діагностичними підрозділами, забезпечить більш раціональне використання сучасного медичного обладнання. Водночас, це підтримує кваліфікації лікарів на належному рівні та стимулює створення високопрофесійних команд і, можливо, формування в подальшому в регіоні наукових шкіл.

Порядок надання консультативної допомоги

Консультативна допомога поділяється:

- 1) за термінами надання на планову та екстрену;
- 2) за видами надання – на очну (безпосередню) та заочну (дистанційну – телефоном або по Інтернету).

Відповідно до наказу МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я» у перинатальних центрах III рівня створюється дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями (КДЦ).

Мета КДЦ: надання цілодобової консультативно-діагностичної допомоги спеціалістам родопомічних закладів I та II рівнів, створення системи оперативного нагляду та управління клінічною ситуацією, надання своєчасної, високопрофесійної допомоги лікувально-профілактичним закладам.

Завдання КДЦ:

1. Отримання інформації про жінок, які потребують консультативної допомоги.
2. Надання цілодобової консультативної допомоги телефоном чи за допомогою інших сучасних засобів телекомунікації фахівцям акушерських закладів даної області.
3. Вирішення питань переведення і транспортування пацієнтів з різним ступенем перинатального ризику з акушерських закладів нижчого рівня або виїзд бригади на місце.
4. Систематичне надання інформації про консультативну роботу до інформаційно-аналітичного відділу для подальшого аналізу ускладнень і грубих дефектів при наданні акушерсько-гінекологічної та неонатальної невідкладної допомоги (наказ №197, форма №119/о).

За перинатальними центрами III рівня закріплюються територіальні зони відповідальності, в межах яких надається планова та екстрена консультативна допомога. Схема взаємодії КДЦ з іншими лікувально-профілактичними закладами побудована за принципом прямого та зворотного зв'язку. Функції відповідального за роботу КДЦ покладені на його керівника відповідального за даний напрямок роботи. Якщо на території області

функціонує декілька ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги, їх робота та взаємодія визначається органами обласної виконавчої влади відповідно до потреб регіону; один з КДЦ забезпечує організаційно-методичне керівництво перинатальною службою регіону.

Консультаціям у КДЦ підлягають вагітні, роділлі і породіллі, що перебувають у ЗОЗ I та II рівня і мають такі ускладнення, які не відповідають компетенції даного ЗОЗ.

Планове консультування може проводитися як очно, так і заочно (on-line-консультування та off-line-консультування). Функції консультування покладаються на консультативно-діагностичне відділення (поліклініку) для очного (безпосереднього) консультування, а на КДЦ – для дистанційного консультування вагітних, роділь та породіль в умовах амбулаторії або стаціонару перинатальних центрів I та II рівнів.

Інформація про кожну проконсультовану вагітну заноситься до реєстру КДЦ для подальшого контролю перебігу вагітності та своєчасного визначення місця розродження.

Планова консультативна допомога надається:

1. При взятті на облік вагітних високого ступеня ризику, виявленні та спостереженні їх на I і II рівнях з обов'язковим консультуванням на III рівні.

2. При стаціонарному лікуванні на II рівні вагітних середнього та високого ступенів ризику в разі неможливості транспортування на III рівень.

3. У будь-який момент, якщо стан здоров'я вагітної погіршився та/або зафіксовано перехід з групи низького ризику до групи високого ризику.

4. У разі потреби трактовки наявних патологій, ускладнень, результатів обстеження та/або визначення подальшої тактики ведення вагітності, складання плану ведення пологів.

5. Для завчасного визначення лікувального закладу, у якому відбуватимуться пологи.

Значні відстані між лікувальними закладами, де надається перинатальна допомога, а також неякісні дороги в деяких регіонах гальмують швидке забезпечення екстреною медичною допомогою пацієнтів у віддалених районах. У зв'язку з цим актуально постає питання щодо високопрофесійної планової консультативної допомоги, підвищення професіоналізму, командної роботи та взаємодії між медичними працівниками всіх рівнів перинатальної допомоги за рахунок навчання і консультування, продовження роботи із впровадження телемедичних (телефоном, по Інтернеті) методів допомоги пацієнтам і колегам-лікарям.

Показання до екстреного дистанційного консультування в КДЦ вагітних, роділь та породіль

на I рівні:

- з багатоплідною вагітністю;
- із загрозою передчасних пологів за наявності ризику розвитку регулярної пологової діяльності;
- з прееклампсією;
- з дистресом плода;
- зі ЗРП;
- з кровотечею зі статевих шляхів;

на II рівні:

- з багатоплідною вагітністю;
- з артеріальною гіпертензією;
- з прееклампсією;
- з цукровим діабетом;
- з анеміями важкого ступеня;
- з затяжними пологами;
- з пологами, ускладненими крововтратою ≥ 500 мл;
- з гнійно-септичними ускладненнями;
- з розривами шийки матки III ст. та промежини III ст.;

- з розширенням об'єму операції до ампутації матки під час КР;
- з пологами, ускладненими більш ніж 12-годинним безводним періодом;
- з пологами, що тривають понад 12 год.;
- з розривом або виворотом матки в пологах;
- з будь-якими ускладненнями перебігу післяопераційного періоду після КР;
- з гнійно-септичними та будь-якими іншими ускладненнями після переривання вагітності в I триместрі.

При організації системи дистанційного консультування необхідно:

- забезпечення відповідним технічним обладнанням;
- доступний телемедичний зв'язок із ЗОЗ;
- дотримання персоналом єдиних принципів надання консультативної допомоги.

У разі неможливості транспортування пацієнтки (див. розділ 5) проводиться ведення жінки у режимі дистанційного консультування. Обов'язковою умовою є динамічне спостереження, що забезпечується регулярними повідомленнями лікаря про стан спостережуваної телефоном або іншим телекомунікаційними засобами з інтервалами не більше шести годин, а за необхідності – і частіше до стабілізації стану хворої. У разі виникнення загрози для вагітної, роділлі та породіллі до консультування хворої підключається анестезіолог, який має відповідну спеціалізацію.

Із груп проконсультованих хворих формуються підгрупи щодо подальшої тактики: лікування на місці, плани скерування до ЗОЗ вищого рівня, у т.ч. до головної установи – перинатальний центр III рівня, виїзд бригади фахівців для надання допомоги відповідно до алгоритму дій лікаря КДЦ.

Алгоритм дій лікаря-консультанта КДЦ у разі консультування телефоном лікаря I та II рівнів перинатальної допомоги

1. Збір даних про пацієнтку і тактика раніше проведеного лікування:

- анамнез життя, даного захворювання й перебігу вагітності;
- результати клінічних, лабораторних, функціональних та інших методів обстеження пацієнтки;
- проведене лікування до моменту консультації;
- наявність фахівців і обсяг їхньої кваліфікації для конкретного випадку.

2. Спільне з лікарями району формування діагнозу.

- за необхідності – вирішення питання щодо транспортабельності пацієнтки.

3. Вибір тактики надання медичної допомоги.

Лікування на місці:

а) оцінити необхідність залучення інших фахівців ЗОЗ району для курації, організувати консилиум за участю заступника керівника закладу з лікувальної роботи;

б) погодити лікувальні заходи:

- оперативне лікування (час, обсяг);
- медикаментозна терапія (препарати й дози);
- за необхідності – комплекс заходів з інтенсивної терапії;

4. Вибір часу для повторної консультації, але не пізніше ніж через 6 год.

5. При повторній консультації оцінити ефективність проведеної терапії, за необхідності – відкоригувати обрану тактику:

а) при закінченій дистанційній консультації внести дані консультації до медичної документації;

б) при потребі у подальшому спільному веденні пацієнтки визначити час повторних консультацій.

Розділ 5. Транспортування перинатального пацієнта

Транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої є невід'ємною і важливою складовою регіональної системи перинатальної допомоги.

Основна мета – забезпечити надання спеціалізованої медичної допомоги зазначеним категоріям пацієнтів у закладах відповідного рівня.

Належна реалізація такого підходу сприяє досягненню не лише вірогідно нижчих регіональних і відповідно національних показників материнської та перинатальної смертності, але й кращих показників здоров'я і розвитку новонароджених із групи високого перинатального ризику.

Переваги транспортування пацієнтів з однієї лікарні до іншої транспортною бригадою закладу вищого рівня

1. Усі члени транспортної бригади (включаючи водія) мають відповідні підготовку і досвід. Доведено, що кінцеві результати лікування є кращими для пацієнтів, транспортованих спеціально підготовленою командою.

2. Обладнання, що використовується під час такого транспортування (у т.ч. апарати штучної вентиляції легень (ШВЛ) і монітори), спеціально призначене для перевезення пацієнтів у критичному стані.

3. Необхідні обладнання, розхідні матеріали і ліки готуються завчасно, що дає змогу заощаджувати час і надавати оптимальну допомогу.

4. Виконання транспортною бригадою своїх функцій за межами базової лікарні не впливає на якість роботи відділення, оскільки з нього не вилучається медичний персонал, задіяний у лікувально-діагностичному процесі.

5. Транспортування пацієнтів з групи високого ризику транспортною бригадою закладу вищого рівня за участю спеціально підготовленого і досвідченого персоналу є найкращою і рекомендованою формою переміщення пацієнтів між лікарнями.

Види перинатального транспорту

1. Материнський (транспортування вагітної або роділлі): вагітну жінку транспортують в антенатальному або інтранатальному періодах до медичного закладу вищого рівня, щоб надати спеціалізовану акушерську і/або неонатальну допомогу.

2. Неонатальний: за наявності показань новонароджену дитину транспортують після оцінки і стабілізації стану персоналом транспортної бригади закладу вищого рівня.

3. Зворотний: жінку або її новонароджену дитину транспортують до лікарні, звідки вона була переведена (або до іншої лікарні нижчого рівня), після надання спеціалізованої медичної допомоги і вирішення медичних проблем, які спричинили госпіталізацію до закладу вищого рівня.

Організаційні передумови

1. Транспортування пацієнтів між лікарнями різного рівня має бути формально організованим і узгодженим на рівні області (регіону). Зокрема, потрібно визначити лікувальні заклади III (II) рівня, до яких будуть транспортуватись вагітні, роділлі, породіллі та новонароджені. Зокрема, до закладів III рівня, які надають високоспеціалізовану допомогу новонародженим, відносять не лише перинатальні центри III рівня, але й НДЦЛ «ОХМАТДИТ» та обласні дитячі лікарні, в яких функціонують спеціалізовані відділення для новонароджених:

- якщо в області (регіоні) функціонує декілька закладів III рівня різного профілю (залежно від місцевого рішення), важливо чітко визначити категорії пацієнтів, яким надаватиметься допомога у кожному з цих закладів;

- у структурі всіх приймаючих лікарень мають функціонувати відповідні транспортні бригади, забезпечені всім необхідним для виконання власних функцій;
- транспортні бригади (штатні працівники, транспортний засіб, транспортне обладнання і оснащення) мають юридично відноситись до лікувального закладу III рівня перинатальної допомоги, куди транспортуватимуть вагітних, роділь, породіль та новонароджених, і знаходитись на балансі цього закладу;
- недоцільним вважається закріплення транспортної бригади (штатні працівники, транспортний засіб, обладнання та оснащення) за будь-якою іншою структурою;
- невідкладне транспортування перинатальних пацієнтів має забезпечуватися цілодобово;
- бригада має виїхати протягом 30 хв. від моменту отримання виклику.

2. Усі лікувальні заклади області (регіону), які надають допомогу вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим, повинні мати затверджені локальні протоколи (розроблені на підставі державних уніфікованих клінічних протоколів, стандартів та настанов МОЗ України) консультування і транспортування пацієнтів. Такі протоколи мають включати:

У скеровуючій та приймаючій лікарнях:

- опис організації процесу транспортування;
- заходи початкової стабілізації стану або початкові втручання;
- критерії оцінки якості.

У приймаючій лікарні:

- склад, оснащення і забезпечення функціонування транспортної бригади;
- критерії транспортабельності;
- вимоги до надання медичної допомоги під час транспортування.

У скеровуючій лікарні:

- показання до транспортування із зазначенням відповідних приймаючих закладів вищого рівня.

3. Забезпечення процесу транспортування:

- підготовлений, кваліфікований персонал;
- наявність відповідного обладнання і транспортного засобу;
- інформаційно-комунікативне забезпечення:
 - передача інформації про пацієнта у формалізованій формі;
 - реєстрація викликів на всіх рівнях надання допомоги;
 - наявність механізмів і засобів координації, оперативного зв'язку (телефонного, комп'ютерного, системи транспортної навігації) між лікувальними закладами і транспортною бригадою.
- Нормативно-правове забезпечення:
 - отримання інформованої згоди пацієнтки або батьків дитини на переведення, транспортування і виконання необхідних діагностично-лікувальних процедур до початку транспортування:
 - за потреби невідкладного хірургічного або іншого лікувально-діагностичного втручання за життєвими показаннями інформовану згоду жінки, її родичів або батьків дитини отримують після консультування

відповідними фахівцями; оперативне втручання в такій ситуації може здійснюватись за рішенням консилиуму лікарів;

- родичі вагітної (роділлі) і батьки дитини мають право на отримання повної інформації про стан здоров'я вагітної (роділлі) або новонародженого у разі дієздатності жінки і лише за її згодою;
- батьки мають право бачити дитину і знаходитися біля неї до транспортування (незалежно від стану дитини);
- мати (батько) може супроводжувати дитину під час транспортування за вирішенням відповідального лікаря транспортної бригади;
- інформація, яку треба повідомити жінці, її родичам або батькам дитини:
 - причини для транспортування;
 - орієнтовна тривалість транспортування;
 - спосіб транспортування;
 - прізвища медичних працівників, які будуть супроводжувати жінку або дитину;
 - адреса і назва медичного закладу, куди буде госпіталізовано жінку або дитину.

Основні функції скеровуючого закладу

1. Своєчасне визначення потреби транспортування.
2. Своєчасні інформування приймаючого закладу і виклик транспортної бригади:
 - інформація (усна і письмова), що передається у лікарню, куди переводиться пацієнт, має бути чіткою і вичерпною.
3. Стабілізація стану пацієнта, виконання всіх необхідних заходів до моменту приїзду бригади.
4. Оформлення перевідних документів (витяг з медичної карти):
 - повні дані анамнезу;
 - об'єктивні дані;
 - результати додаткового обстеження;
 - деталі й ефективність лікування (зокрема, дози і час останнього введення ліків).
5. Консультування жінки (батьків дитини) й отримання попередньої згоди на переведення і транспортування.
6. Допомога персоналу транспортної бригади від моменту її приїзду.
7. Підтримання зв'язку із закладом III рівня і надання інформації родині, якщо мати ще не виписана з лікарні, звідки переводили немовля.

Основні функції приймаючого закладу

1. Постійна готовність до невідкладного транспортування і прийому пацієнтів.
2. Консультування персоналу скеровуючого закладу щодо надання допомоги пацієнту до приїзду бригади.
3. Своєчасне і безпечне транспортування пацієнта.
4. Підтримання зв'язку та інформування персоналу скеровуючої лікарні про стан жінки або новонародженого.
5. Постійне навчання персоналу скеровуючої лікарні.

Показання до транспортування вагітної або роділлі до закладу III рівня

1. Акушерська патологія:

- передчасний розрив плодових оболонок у терміні 22–34 тиж.;
- передчасні пологи в терміні 22–34 тиж.;
- прееклампсія тяжкого ступеня та інші гіпертензивні ускладнення;
- багатоплідна вагітність (крім неускладненого перебігу вагітності самовільною двійнею);
- передлежання плаценти;
- вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги;
- заплановані вагінальні пологи в жінок з рубцем на матці;
- два і більше КР в анамнезі.

2. Екстрагенітальна патологія:

- серцево-судинна недостатність II або III ступенів;
- цукровий діабет, у т.ч. гестаційний інсулінозалежний;
- ендокринна патологія з порушенням функцій;
- захворювання нирок з порушенням функцій та/або наявністю артеріальної гіпертензії;
- дифузні захворювання печінки;
- онкологічна патологія;
- неврологічна патологія;
- легеневі захворювання, ускладнені дихальною недостатністю;
- захворювання системи зсідання крові;
- системні захворювання сполучної тканини;
- травма вагітної.

3. Стани плода:

- необхідність проведення інвазивної пренатальної діагностики;
- природжені вади розвитку плода, які потребують анте- або постнатального хірургічного втручання;
- ізоімунний конфлікт;
- ЗРП.

Показання до транспортування новонародженої дитини до закладу III рівня

1. Недоношеність при терміні гестації до 34 тиж. і/або маса тіла при народженні до 1500 г.
2. Дихальні розлади середнього (важкість зростає в динаміці спостереження, незважаючи на адекватну терапію відповідно до вимог наказу МОЗ України від 21.08.2008 р. № 484) або важкого ступеня.
3. Стійкий центральний ціаноз, гіпоксемія ($SpO_2 < 88\%$), незважаючи на стандартну терапію (відповідно до вимог наказу МОЗ України від 21.08.2008 р. № 484).
4. Потреба у тривалій (>24 год.) ШВЛ.
5. Важка асфіксія (неонатальна енцефалопатія) з поліорганичним ураженням.
6. Судоми, резистентні до стандартної терапії (відповідно до вимог наказу МОЗ України від 08.06. 2007 р. № 312).
7. Важкі неонатальні інфекції, захворювання (ураження) печінки (пряма гіпербілірубінемія).
8. Важкі гематологічні захворювання, включаючи геморагічний синдром, небезпечну жовтяницю або потребу замінного переливання крові.
9. Метаболічні порушення, зокрема гіпоглікемія, резистентні до стандартної терапії (відповідно до вимог наказу від 29.08.2006 р. № 584 МОЗ України).

10. Відсутність позитивної динаміки або погіршення стану новонародженого, незважаючи на лікування.

11. Стани, які потребують виконання спеціальних діагностичних процедур або оперативного втручання.

12. Потреба проведення будь-яких лікувальних або діагностичних заходів, недоступних у закладах нижчого рівня надання допомоги.

13. Інші (наполягання батьків).

Умови, за яких транспортування недоцільне або тимчасово неможливе

З боку вагітної, роділлі, породіллі:

- термінальний стан;
- кінець першого або другий період пологів;
- шоківі стани (до стабілізації стану);
- еклампсія;
- кровотеча під час вагітності, що потребує термінового розродження;
- розрив матки;
- судомний синдром.

З боку дитини:

- стан агонії;
- термін гестації новонародженого <24 тиж. або з масою тіла <500 г (за умови відсутності ЗРП);
- вади розвитку, які не підлягають хірургічній корекції або несумісні з життям.

Загальні (тимчасові):

- небезпечні для транспортування погодні умови;
- відмова жінки, її родичів або батька дитини від транспортування;
 - у цьому випадку, виходячи з інтересів пацієнта, рішення щодо транспортування приймає консилиум у складі завідувача відділення скеровуючої лікарні, лікуючого лікаря, лікаря (ів) транспортної бригади і представника адміністрації скеровуючої лікарні (за потреби).

Загальні положення щодо стабілізації стану матері

Після прибуття на місце лікар-консультант оцінює стан матері і приймає рішення стосовно подальших дій:

1. Якщо жінка не потребує переведення до установи вищого рівня, консультант узгоджує тактику подальшого ведення пацієнтки із завідувачем відділення, залишаючи запис в історії вагітної, роділлі або породіллі.

2. Якщо стан жінки тяжкий і потребує невідкладного втручання, лікар-консультант з акушеркою (медичною сестрою) проводить необхідні заходи щодо стабілізації стану, необхідні процедури або операцію. Якщо наявні умови не дають змоги надати вагітній, роділлі або породіллі адекватну терапію, жінку підготовлюють до транспортування.

3. Якщо після проведення відповідних заходів стан хворої стабілізується (вона стає транспортабельною), то жінку переводять до перинатального центру або установи, де надають адекватну і висококваліфіковану медичну допомогу.

4. Транспортувати жінку можна тільки з її інформованої письмової згоди або згоди її близьких, чи за рішенням консилиуму.

5. Під час транспортування лікар-консультант і акушерка (медична сестра) продовжують спостерігати за станом вагітної, роділлі або породіллі і за необхідності продовжують лікування.

6. Якщо стан жінки нетранспортабельний або термінальний (навіть після можливої допомоги), бригада на місці проводить заходи щодо стабілізації стану пацієнтки.

Критерії транспортабельності новонародженого

1. «Нетранспортабельність» новонародженої дитини – це тимчасовий стан.
 - Якщо показники життєво важливих функцій не вдалося стабілізувати до моменту прибуття бригади, то це має зробити персонал бригади разом з колегами зі скеровуючої лікарні, після чого транспортувати новонародженого.
 - Новонароджена дитина, яка потребує лікування (виходжування) в умовах лікарні III рівня, не має залишатись в закладі нижчого рівня під приводом «нетранспортабельності».
2. Пацієнт може транспортуватись за наявності стабільних нормальних або прийнятних показників основних життєво важливих функцій (оксигенація, вентиляція, гемодинаміка, температура) незалежно від лікувальних методів, які використовуються для забезпечення стабільності стану (ШВЛ, інфузія рідини, використання пресорних амінів тощо).
3. Стабілізація стану новонародженого до моменту прибуття транспортної бригади передбачає:
 - забезпечення прохідності дихальних шляхів, оксигенації та вентиляції за допомогою відповідних методів;
 - підтримання нормальної температури тіла;
 - підтримання нормальної гемодинаміки;
 - забезпечення адекватного харчування і підтримання нормоглікемії;
 - введення шлункового зонда (за показаннями);
 - забезпечення судинного доступу;
 - проведення необхідних додаткових обстежень і/або забір матеріалу на лабораторні дослідження;
 - призначення антибіотиків (за потреби);
 - лікування окремих синдромів (судоми, геморагічний тощо).
4. Транспортувати новонародженого можна незалежно від його стану після проведення необхідних заходів, якщо:
 - для поліпшення стану пацієнта в умовах скеровуючого закладу більше нічого не можна зробити;
 - переваги лікування у лікарні III рівня перевищують ризик, пов'язаний із транспортуванням;
 - батьки дитини повністю усвідомлюють існуючі переваги/ризики і приймають їх.
5. Адекватні стабілізаційні заходи після народження дитини у скеровуючій лікарні, ефективний обмін інформацією про пацієнта між лікарнями, своєчасні виклики і прибуття виїзної бригади, а також суворе дотримання сучасних стандартів транспортування роблять цю процедуру безпечною і рутинною.

Порядок взаємодії між лікарнями різних рівнів

Акушерська допомога

1. Рішення про необхідність переведення вагітної, роділлі або породіллі до лікарні вищого рівня приймає відповідальний лікар скеровуючого закладу на підставі переліку відповідних показань локального протоколу (після узгодження з адміністрацією лікарні та відповідальним лікарем вищого ЗОЗ або головним спеціалістом регіону).

2. Вагітну, роділлю або породіллю у тяжкому або критичному стані, а також у стані середньої тяжкості транспортують силами виїзної консультативної акушерської бригади закладу III рівня надання допомоги.

3. За наявності відповідних показань до переведення вагітної, роділлі або породіллі до лікарні вищого рівня викликають транспортну бригаду з відповідного перинатального центру III рівня.

4. Механізм виклику транспортної бригади може різнитися в окремих областях (регіонах) і має забезпечувати безпосередній контакт лікаря, який здійснює виклик, з відповідальним фахівцем закладу III рівня, який вирішує питання транспортування і госпіталізації пацієнтів.

Викликаючи транспортну бригаду, відповідальний лікар скеровуючого закладу повинен:

- надати лікарні III рівня інформацію про пацієнта й отримати консультацію щодо діагностичних і лікувальних заходів, які потрібно виконати до приїзду бригади;
- погодити склад бригади для транспортування, необхідність додаткових медикаментів, препаратів крові, обладнання й обсяг допомоги при підготовці до самого транспортування;
- вид медичного транспорту;
- можливий обсяг допомоги під час транспортування;
- час доставки бригади на місце.

Факт і час виклику транспортної бригади зазначається у медичній документації (історія пологів 096/о) і «Журналі реєстрації прийому викликів та їх виконання відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги» (облікова форма №117/о).

Жінку, яка не потребує підтримки життєвих функцій, можна транспортувати силами скеровуючого закладу в супроводі медичного персоналу за наявності:

- медичного транспортного засобу;
- обладнання для надання реанімаційної допомоги під час транспортування;
- навичок у супровідного медичного персоналу надання реанімаційної допомоги.

Виїзна акушерська бригада

Це структурний підрозділ перинатального центру III рівня, безпосередньо підпорядковується завідувачу дистанційно-консультативного центру.

Склад: лікар акушер-гінеколог; лікар-анестезіолог; медична сестра-анестезистка; водій.

До складу виїзної консультативної бригади входять фахівці першої або вищої категорії чи представники клінічних кафедр у встановленому законом порядку. За необхідності до складу виїзної транспортної (консультативної) бригади можуть бути включені суміжні фахівці залежно від клінічної ситуації (хірург, гематолог, уролог, невролог тощо).

Під час чергувань, у вільний від викликів час, медичний персонал консультативної бригади бере активну участь у лікувально-діагностичному процесі в базовому відділенні.

Професійні вимоги до персоналу

Персонал, що здійснює перинатальні трансфери, має володіти навичками роботи в транспортних умовах.

1. До складу бригади консультативно-транспортної допомоги має входити медичний персонал високої кваліфікації. Лікарем-консультантом може бути тільки висококваліфікований спеціаліст з досвідом надання невідкладної допомоги вагітним,

роділлям або породіллям, здатний вирішити проблеми, які виникають, на місці та забезпечити безпечне і кваліфіковане перевезення хворого до відповідної медичної установи.

2. Члени консультативно-транспортної бригади мають бути спеціально підготовленими щодо невідкладної допомоги вагітним, роділлям або породіллям, стабілізації стану і особливостей транспортування хворого.

Відповідальність

Будь-який перинатальний трансфер слід узгоджувати між відповідальними особами в скеровуючій і приймаючій лікарнях. Важливо визначити відповідального лікаря. Ним має бути лікар, який краще за всіх здатний вести жінку в даному стані, на якого покладатимуться обов'язки, зазначені у наказі-інструкції, ухвалення рішень щодо лікування, а також ведення і спостереження за хворим.

Залежно від умов конкретного випадку скеровуючий і приймаючий лікарі однаково можуть нести високу медичну і юридичну відповідальність за пацієнта доти, доки він не прибуде до перинатального центру III рівня.

1. Лікар-консультант відповідає за:
 - наявність і справність медичного обладнання в транспортному засобі;
 - складання списку, наявність і збереження необхідних засобів і медикаментів, необхідних для надання невідкладної допомоги хворому.
2. Акушерка (медична сестра):
 - відповідає за наявність необхідних засобів і медикаментів, їх поповнення;
 - за обробку транспортного засобу (наприклад, транспортного інкубатора) після перевезення хворого;
 - допомагає лікарю-консультанту провести необхідні процедури і/або маніпуляції під час підготовки хворого до і під час перевезення, забезпечує догляд за пацієнтом;
3. Лікар-консультант і акушерка (медична сестра) заповнюють лист транспортування хворого, відповідають за якісне ведення медичної документації і достовірність інформації, що вноситься.
4. Санітар-водій:
 - відповідає за справність транспортного засобу, системи обігріву/кондиціонування автомобіля;
 - за підтримку чистоти і порядку;
 - за наявність кисневих балонів і їх заправку;
 - допомагає перенести/перевезти хворого до або з транспортного засобу.

Обладнання санітарного транспорту для транспортування вагітної/роділлі/породіллі наведено в додатку 1.

Після надання допомоги, залежно від стану пацієнтки і відкриття шийки матки при передчасних пологах (таблиця 5), відповідальним лікарем виїзної акушерської бригади приймається рішення про подальше транспортування жінки до найближчого перинатального центру III рівня. У разі виникнення раптової загрози життю пацієнтки під час її перевезення транспортна бригада доставляє її до найближчого визначеного оперативно-диспетчерською службою ЗОЗ, який може надати таку допомогу, незалежно від підпорядкування. Якщо ЗОЗ відмовляється прийняти такого пацієнта, особа, яка відмовила у наданні допомоги, та керівник закладу несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства.

Алгоритм надання медичної допомоги при передчасних пологах

Термін вагітності	Дії	Рівень надання медичної допомоги
I рівень		
22-33 тижні 6 днів – розкриття шийки матки <3 см	Токоліз, профілактика РДС плода, антибактеріальна профілактика при передчасному вилитті навколоплодової рідини	Транспортування на III рівень
22-33 тижні 6 днів - розкриття шийки матки >3 см	Пологи	Виклик неонатальної бригади
34-36 тижнів 6 днів – розкриття шийки матки <3 см	На час транспортування: токоліз, антибактеріальна профілактика при передчасному вилитті навколоплодової рідини	Транспортування на II Транспортування на III рівень за наявності тяжкої екстрагенітальної патології
34-36 тижнів 6 днів - розкриття шийки матки >3 см	Пологи	Жінка лишається на I рівні. Виклик неонатальної бригади
34-36 тижнів 6 днів + тяжка екстрагенітальна патологія, розкриття шийки матки <3 см	Токоліз, антибактеріальна профілактика при передчасному вилитті навколоплодової рідини	Транспортування на III рівень
II рівень		
22-33 тижні 6 днів - розкриття шийки матки <3 см	Токоліз, профілактика РДС, антибактеріальна профілактика при передчасному вилитті навколоплодової рідини	Транспортування на III рівень
22-33 тижні 6 днів – розкриття шийки матки >3 см	Пологи	Жінка залишається на II рівні. Виклик неонатальної бригади
34-36 тижнів 6 днів - розкриття шийки матки <3 см	Токоліз, антибактеріальна профілактика при передчасному вилитті навколоплодової рідини	Жінка залишається на II рівні.
34-36 тижнів 6 днів - розкриття шийки матки >3 см	Пологи	Жінка залишається на II рівні.
34-36 тижнів 6 днів з тяжкою екстрагенітальною патологією, якщо розкриття шийки матки >3 см	Пологи	Жінка залишається на II рівні, виклик профільного спеціаліста (згідно до виду патології)
34-36 тижнів 6 днів з тяжкою екстрагенітальною патологією, якщо розкриття		Транспортування на III рівень

шийки матки < 3 см		
--------------------	--	--

Неонатальна допомога

1. Рішення щодо виклику транспортної бригади приймає відповідальний лікар скеровуючого закладу на підставі переліку відповідних показань локального протоколу (після узгодження з адміністрацією лікарні).

2. Дитину у важкому або критичному стані, а також у стані середньої важкості транспортують силами виїзної неонатальної транспортної бригади закладу III рівня надання допомоги.

3. Після визначення потреби у переведенні викликають транспортну бригаду з відповідного закладу вищого рівня:

- за наявності відповідних показань виклик має здійснюватись до народження дитини з узгодженням часу прибуття бригади;
- механізм виклику транспортної бригади може різнитися в окремих областях (регіонах):
 - лікар, який здійснює виклик, та відповідальний фахівець закладу III рівня, який вирішує питання транспортування і госпіталізації пацієнтів, повинні безпосередньо контактувати;
- викликаючи транспортну бригаду, відповідальний лікар скеровуючого закладу повинен надати лікарні III рівня інформацію про пацієнта й отримати консультацію щодо діагностичних і лікувальних заходів, які слід виконати до приїзду бригади;
- факт і час виклику транспортної бригади зазначається у медичній документації (історія розвитку новонародженого 097/о) і «Журналі реєстрації прийому викликів та їх виконання відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги» (облікова форма №117/о);
- дитину, яка не потребує підтримки життєвих функцій:
 - можна транспортувати силами скеровуючого закладу в супроводі медичного персоналу за наявності:
 - безпечного медичного транспортного засобу;
 - обладнання для надання реанімаційної допомоги під час транспортування;
 - навичок надання реанімаційної допомоги у супровідного медичного персоналу.

4. Виїзна неонатальна бригада:

- структурний підрозділ відділення інтенсивної терапії новонароджених ЗОЗ III рівня, який безпосередньо підпорядковується завідувачу цього відділення;
- завідувач відділення інтенсивної терапії новонароджених:
 - приймає рішення щодо виїзду бригади і госпіталізації пацієнта до відділення;
 - відповідає за розробку локальних протоколів;
 - переглядає і затверджує переліки обладнання та медикаментів;
 - відповідає за організацію навчання персоналу;
 - складає графік чергувань лікарів;
 - координує навчання персоналу в закладах нижчого рівня;
 - аналізує окремі випадки, збирає дані, веде аудит;
 - управляє якістю;

- координатор роботи бригади (за потребою його визначає завідувач відділення):
 - бере участь у розробці локальних протоколів;
 - відповідає за забезпечення бригади обладнанням, розхідними матеріалами і медикаментами;
 - організовує навчання персоналу;
 - складає графіки чергувань медсестер;
 - бере участь в аналізі окремих випадків, зборі даних, аудиторській роботі;
 - бере участь у контролі управління якістю;
- склад неонатальної бригади:
 - лікар-неонатолог або дитячий анестезіолог;
 - дитяча медична сестра;
 - водій;
 - у разі потреби можуть залучатись інші фахівці (дитячий хірург, нейрохірург та інші), (табл. 6);

Таблиця 6

Кваліфікаційні вимоги та основні функції персоналу

Персонал	Кваліфікаційні вимоги	Основні функції
Лікар	<ol style="list-style-type: none"> 1. Досвід роботи у відділенні інтенсивної терапії новонароджених. 2. Знання критеріїв оцінки стану дитини, фізіології і патології неонатального періоду. 3. Навички надання невідкладної допомоги: <ul style="list-style-type: none"> • ШВЛ мішком і маскою; • непрямий масаж серця; • інтубація трахеї; • пункція і дренування плевральної порожнини; • катетеризація судин пуповини; • стабілізація гемодинаміки. 4. Навички забезпечення дихальної підтримки новонародженого. 5. Навички введення сурфактанту. 6. Знання стандартів призначення й введення медикаментів. 7. Навички роботи з обладнанням 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отримання інформації про пацієнта в персоналу скеровуючої лікарні. 2. Надання рекомендацій щодо лікувально-діагностичних заходів до моменту приїзду бригади. 3. Оцінка необхідності залучення інших фахівців. 4. Оцінка стану дитини в динаміці. 5. Призначення необхідних діагностично-лікувальних заходів. 6. Виконання необхідних втручань і процедур. 7. Консультування батьків. 8. Участь у консилиумах у скеровуючій лікарні (за потреби). 9. Навчання персоналу скеровуючої лікарні у процесі стабілізації стану новонародженого і консультацій. 10. Прийняття рішення стосовно транспортування пацієнта до лікарні вищого рівня, змін лікувальної тактики та їх узгодження із завідувачем відділення. 11. Зворотний зв'язок з базовим відділенням. 12. Інформування завідувача відділення про будь-які проблеми, що виникли під час стабілізації стану дитини або під час транспортування
Медична сестра	<ol style="list-style-type: none"> 1. Досвід роботи у відділенні інтенсивної терапії новонароджених. 2. Знання критеріїв оцінки стану дитини. 3. Навички надання невідкладної допомоги: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перевірка комплектності та робочого стану обладнання. 2. Участь у проведенні стабілізаційних заходів.

	<ul style="list-style-type: none"> • ШВЛ мішком і маскою; • непрямий масаж серця; • забезпечення периферичного судинного доступу. <ol style="list-style-type: none"> 4. Навички забезпечення дихальної підтримки новонародженого. 5. Навички роботи з обладнанням. 6. Навички асистенції під час виконання інвазійних процедур лікарем. 7. Знання стандартів уведення медикаментів 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Спостереження і догляд за дитиною під час транспортування із внесенням показників основних життєво важливих функцій до транспортної форми (додаток). 4. Виконання необхідних втручань та інформування лікаря про будь-які зміни у стані пацієнта. 5. Заповнення і ведення транспортної форми. 6. Навчання середнього медичного персоналу скеровуючої лікарні у процесі стабілізації стану новонародженого. 7. Інформування батьків про приймаючу лікарню і місце її знаходження. 8. Інформування координатора транспортної програми про сестринські проблеми під час транспортування
--	---	--

- під час чергувань, у вільний від викликів час, медичний персонал бригади бере активну участь у лікувально-діагностичному процесі у базовому відділенні;
- забезпечення неонатальної бригади наведено у додатку 2.

5. Умови транспортування:

- використання належного спеціального медичного транспорту й обладнання; підтримання обладнання у робочому стані;
- надійна фіксація жінки або дитини і створення термонеутрального середовища (за винятком випадків пасивного охолодження дитини, відповідно до вимог протоколу лікувальної гіпотермії);
- надійна фіксація зондів, катетерів, інтубаційних трубок, датчиків тощо;
- відміна ентерального харчування на час транспортування з відповідним забезпеченням парентерального уведення рідини;
- уведення шлункового зонда (порушена свідомість, проведення СРАР або ШВЛ, підозра на патологію травного каналу тощо);
- візуальне спостереження за станом пацієнтки та дитини, моніторний контроль стану життєво важливих функцій (не використовувати рутинно сечовий катетер) і підтримання прийнятних показників життєво важливих функцій;
- моніторинг показників дихальної апаратури (якщо використовується СРАР/ШВЛ);
- документування показників життєво важливих функцій, параметрів кисневої терапії та дихальної підтримки, а також усіх діагностичних і лікувальних заходів у транспортній формі;
- постійна готовність персоналу надати невідкладну і реанімаційну допомогу; негайне повідомлення колег у відділенні про будь-яку проблему, яка виникла під час транспортування;
- проведення заходів щодо стабілізації стану або усунення ускладнень (після зупинки транспортного засобу) в разі погіршення стану пацієнта або виникнення ускладнень під час транспортування;

- наявність ременів безпеки для всіх членів транспортної бригади.

6. Рекомендовані стандартні заходи після повернення бригади у приймаючу лікарню III рівня:

- персонал відділення інтенсивної терапії новонароджених приймаючої лікарні має бути попередженим про проблеми, які виникли і не були вирішені під час транспортування, і бути готовим до їх негайного вирішення;
- лікар транспортної бригади повинен повідомити персонал відділення про анамнез, особливості клінічного стану пацієнта, а також деталі проведених діагностичних і лікувальних заходів;
- персонал відділення інтенсивної терапії новонароджених приймаючої лікарні має надати інформацію батькам і колегам зі скеровуючої лікарні про стан дитини на момент прибуття до лікарні III рівня;
- після завершення транспортування треба повернути все обладнання у стан функціональної готовності, а також відновити комплект розхідних матеріалів.

7. Управління якістю системи транспортування:

- стандартизація процедур (розробка і використання протоколів, контрольних переліків обладнання, ліків і розхідних матеріалів, стандартних транспортних форм тощо);
- оцінка ефективності та аудит:
 - частота ускладнень і летальність під час транспортування;
 - відсоткова кількість випадків з потребою реанімаційних заходів або додаткових інвазійних і/або медикаментозних втручань під час транспортування;
 - середній проміжок часу між отриманням виклику і виїздом бригади;
 - середній проміжок часу між часом прибуття транспортної бригади до скеровуючого лікувального закладу і початком транспортування;
 - відсоток транспортованих пацієнтів від загальної кількості викликів;
 - середній вік транспортованих пацієнтів на момент госпіталізації до лікарні III рівня;
 - захворюваність, додובה і загальна летальність транспортованих пацієнтів.

Розділ 6. Безперервне навчання медичного персоналу в перинатології

Сучасний темп розвитку клінічних, лабораторних знань, удосконалення діагностичних засобів та лікувально-діагностичної апаратури потребує навичок у використанні високотехнологічних практик з надання належної допомоги в акушерстві та неонатології на сучасному рівні.

Останніми десятиріччями кардинально змінилася система генерації та передачі знань, а їх обсяг багаторазово зріс. Сьогодні неможливо за один раз, навіть за 5 або 6 років, підготувати людину до ефективної професійної діяльності на все життя. Щорічно оновлюється близько 5% теоретичних і 20% професійних знань. Це потребує від фахівців певних зусиль для утримання відповідного високого сучасного рівня власних знань і вмінь. Існує поняття "Старіння знань". Якщо дотримуватись позиції обрахування старіння знань» фахівця (одиниця виміру якого у США включає період «напіврозпаду» компетентності, тобто зниження на 50% внаслідок появи нової інформації), то в медицині цей період настає менш ніж через 5 років. Тому кожний медичний працівник повинен оновлювати та удосконалювати власні знання і навички в режимі безперервного професійного навчання.

Багатокомпонентний та важливий процес навчання дає змогу людині (фахівцю) постійно вдосконалюватися. Людина навчається протягом життя в усіх сферах життєдіяльності, але в медицині найважливішим є професійне зростання. Набуття вмінь та знань – це дуже динамічний процес, який ніколи не зупиняється. Небезпечним для фахівця є впевненість, що у власній справі він все знає і може.

В Україні у 2008 р. було ухвалено Концепцію безперервної освіти. Світовий досвід у проведенні безперервної освіти використовує такі визначення: «освіта дорослих» (adult education); «продовжена освіта» (continuous education); «подальша освіта» (further education); «відновлювана освіта» (recurrent education). В медицині доцільно чергувати навчання з роботою шляхом «перманентної освіти» (permanent education); «освіти протягом життя» (lifelong education); «навчання протягом життя» (lifelong learning).

«Освіта протягом життя» стає дедалі важливішою сферою освітніх послуг. На сьогодні існує три основні форми освіти: формальна, неформальна та інформальна. Формальна освіта – це початкова, загальна середня освіта, середня професійна освіта, освіта вища, а після закінчення вузу – підвищення кваліфікації та перепідготовка фахівців на факультетах і курсах підвищення кваліфікації та професійної перепідготовки. Неформальна освіта – це професійно спрямовані та загальнокультурні курси, тематичні тренінги, майстер-класи тощо. Інформальна освіта (загальний термін для освіти за межами стандартного освітнього середовища) – це індивідуальна пізнавальна діяльність, що супроводжує повсякденне життя і реалізується через власну активність людини.

З формалізованими структурами додаткової професійної освіти стикаються різні неформальні структури (тренінгові групи, підготовка і перепідготовка на підприємствах тощо), які іноді діють на базі формалізованих структур, а нерідко утворюються неформально, як правило, на короткий термін. Також до цієї системи приєднується відкрита освіта в різних її формах і дистанційне навчання.

Обговорюючи питання про медичну освіту, слід мати на увазі не лише переддипломне навчання, але й післядипломний, безперервний професійний розвиток, під яким розуміють переважно самостійне навчання фахівця. Вперше положення про необхідність безперервного професійного розвитку лікарів задекларовано в 60-х роках ХХ ст. в базових документах ВООЗ про післядипломне навчання, в яких образно зазначалося, що «лікар – це людина, засуджена до довічного підвищення кваліфікації». Зараз гаслом кожного медичного працівника має бути вислів: «Освіта: не на все життя, а скрізь усе життя», тому було введено поняття «безперервний професійний розвиток» (БПР) лікарів і провізорів. На БПР постійно акцентує увагу ВООЗ як на необхідній складовій ефективної кадрової політики в сфері охорони здоров'я будь-якої країни. Якщо поняття «післядипломне навчання» добре

знайоме, то «БПР» – достатньо нове і таке, що породило нові визначення: «стандарти БПР», «дистанційне навчання», «віртуальні навчальні установи», «електронні підручники» тощо.

Важливим моментом також є мотивація до оволодіння знаннями протягом усього життя. Вона потрібна впродовж усіх етапів медичної освіти. Мотивація до БПР з огляду на окремого лікаря виникає з трьох джерел:

1. Професійне бажання надавати оптимальну допомогу кожному пацієнтові.
2. Зобов'язання поважати вимоги працедавців і суспільства.
3. Потреба зберегти задоволеність працею і запобігти психоемоційному вигоранню.

Поєднання тренування з іншими методами клінічного навчання є вкрай ефективним способом передачі знань та навичок. БПР, з одного боку, розглядається як професійний обов'язок кожного фахівця, а з іншого – як важлива умова підвищення якості медичної та фармацевтичної допомоги.

Останнім часом проблема підвищення кваліфікації лікарів набула ще більшої актуальності у зв'язку з процесами інтеграції України до Євросоюзу. Існуюча система підвищення кваліфікації медичних працівників фактично пов'язана з післядипломною освітою, як способом проведення освітніх циклів, так і контингентом викладачів, і їй притаманна певна формалізація процесу навчання.

Сучасна медична освіта має включати не лише переддипломне і післядипломне навчання фахівця, але й БПР – самостійну освіту на тлі як власного досвіду, так і досвіду колег протягом усієї професійної діяльності. Молодим фахівцям необхідно з перших кроків професійної діяльності усвідомити ідею необхідності безперервної професійної освіти. Час диктує нові вимоги до рівня знань працівників сфери охорони здоров'я, які постійно змінюються з розвитком науки, техніки, медичних технологій. За ситуації, коли процес освіти повинен відбуватися безперервно, стара формальна система стає неефективною.

Однією з основних складових сфери охорони здоров'я є кваліфікація і достатня кількість медичного персоналу. Висока кваліфікація лікаря-практика (медичної сестри) є найважливішим чинником підвищення якості надання медичної допомоги населенню. Лише освічений фахівець володіє необхідним обсягом теоретичних знань і практичних навичок, здатний обґрунтовувати алгоритм власних дій з позицій доказової медицини. Уміння користуватися персональним комп'ютером, вільне володіння іноземною мовою, знання сучасних тенденцій розвитку своєї спеціальності сьогодні стають вимогою часу.

Підвищення кваліфікації медичних спеціалістів в аспекті їх професійної комунікації – проблема, що до цих пір недостатньо вивчена і потребує особливого осмислення, оскільки складні ситуації, які виникають у сфері охорони здоров'я, обумовлюють низку причин, що призводять до зниження рівня професійної комунікативної компетентності і відповідності міжнародним нормам виконання професійних функцій. З огляду на це виникла необхідність у безперервному удосконаленні професійної компетентності фахівців, задіяних у сфері охорони здоров'я. Цей процес певною мірою зумовлений низкою соціальних факторів: екологічно несприятливими умовами життя людей, що призводить до появи нових захворювань або їх симптомів та зростання рівня захворюваності; низькою валеологічною культурою людей, які недостатньо турбуються про власне здоров'я; розвитком медицини та появою нових лікарських препаратів, технологій, обладнання тощо. Досвід з підвищення кваліфікації в сфері охорони здоров'я вказує на те, що основна увага приділяється поповненню професійних (медичних) знань і вмінь лікарів, акушерок, фельдшерів, медичних сестер, фармацевтів за рахунок інновацій, які накопичила медицина до певного строку.

Безперечно, важливим фактором успішності заходів з підвищення кваліфікації лікарів є роль того, хто навчає. Завданням викладача є готовність до інформування і супроводу всього ходу освітнього процесу, надаючи тим, хто навчається, можливість самим планувати, коректувати, реалізовувати і оцінювати власні дії. У педагогіці, яка ґрунтується на сучасних освітніх технологіях, викладач повинен враховувати п'ять елементів: особи, які навчаються; етапи навчання; зміст навчання; завдання навчання; сприятливий психологічний клімат і

стратегії, які полегшують освітній процес. Відомий американський психолог Карл Роджерс сформулював принципи ефективного навчання:

- люди від природи мають великий потенціал до навчання;
- навчання ефективне, коли його предмет є актуальним для людини і коли особі (її "Я") ніщо не загрожує;
- до навчання залучається особистість у цілому, що в результаті викликає зміни в самоорганізації та самосприйнятті;
- більшість навчання досягається дією при збереженні відкритості досвіду;
- самокритика і самооцінка сприяють творчості, підвищенню незалежності та впевненості в собі.

Це означає, що неможливо ефективно навчитися будь-чому, просто читаючи про цей предмет, вивчаючи теорію або слухаючи лекції. Проте не може бути ефективним навчання, в ході якого нові дії виконуються бездумно, без аналізу і підведення підсумків. Основний підхід до клінічного навчання базується на тренуванні.

Сьогодні у багатьох країнах реалізується перехід від кваліфікаційної моделі фахівця до компетентнісної. Кваліфікація визначає функціональну відповідність між вимогами професії та метою освіти, а компетентність включає можливості особистості діяти адекватно у більш широких сферах, тобто у соціумі.

Потенційні ключові компетенції медичних працівників називаються «здатністю до діяльності»:

- володіння знаннями з найважливіших проблем охорони здоров'я і підвищення вимог до професійної діяльності;
- позитивне ставлення до власного здоров'я і здорового способу життя; підвищення особистого і професійного інтелекту;
- взаємодія з соціумом (медичне середовище), комунікаційна співпраця: колегіальна співпраця, стосунки «лікар – пацієнт».
- готовність до виконання професійних завдань з урахуванням сучасних інформаційних інновацій.

Ці вимоги вказують на те, що в сучасному суспільстві імідж медичного спеціаліста оцінюється за його професійною медичною компетентністю, професійними комунікативними вміннями й навичками та особистісним зростанням. Професійна компетентність медичного працівника – це постійно високий рівень знань, умінь і навичок, а також професійно важливих особистих рис, що дають змогу ефективно вести трудову діяльність в обраній спеціальності. Формування і подальше підвищення рівня професійної компетентності прямо залежить від варіабельної соціально-економічної ситуації та інтеграції сучасних інновацій у трудову діяльність. Тому професійні, а відтак, і життєво важливі риси є необхідною умовою для успішної самореалізації медичного фахівця у трудовій діяльності.

Виходячи з вищевказаного, запорукою високої якості надання медичної допомоги матерям та дітям у перинатальному центрі є дотримання визначених стандартів, які базуються на нормативно-правовій базі, – покрокове виконання клінічних протоколів, а також постійне підтримання професійного рівня усіх учасників як процесу медичного супроводу вагітної, так і догляду за новонародженими. Для забезпечення виконання цих умов необхідна постійна робота низки навчальних тренінгових центрів різних рівнів.

Вищим рівнем має стати національний тренінговий центр, на базі якого високопрофесійні викладачі, які є спеціалістами в цій області надання медичних послуг, створять тренерський колектив для роботи на місцях. Такі тренінги повинні відбуватися декілька разів на рік і збирати тренерів з регіонів (кількість за потреби). Цей центр має методично забезпечити роботу мережі перинатальних центрів, а також збирати дані про усі тяжкі випадки, незважаючи на їх кінцевий результат. Базуючись на отриманій інформації та нових даних доказової медицини, Національний центр має сприяти удосконаленню

клінічних протоколів, підготовці методичної літератури. Доцільно залучити до цієї роботи викладацькі кадри з кафедр системи післядипломної освіти.

У кожному регіональному перинатальному центрі III рівня мають створюватись регіональні ресурсні (симуляційно-тренінгові) центри.

Їх завдання – безперервне післядипломне навчання спеціалістів, яке базується на принципах доказової медицини з використанням сучасних методів навчання. Тренінгові центри повинні бути оснащені найсучаснішими манекенами, тренажерами та імітаторами пологів, які дадуть змогу молодим спеціалістам засвоїти, а досвідченим лікарям удосконалити практичні навички. Центр повинен мати бібліотеку і оснащення для впровадження дистанційного навчання та мати змогу реалізувати такі сучасні форми навчання, як проведення серій семінарів, практичних тренінгів, використання аудіовізуальних і електронних засобів, буклетів для самостійного навчання, стажування на робочому місці тощо.

Ці центри повинні забезпечити систему постійно діючих тренінгів на місцях з фахівцями (лікарями, медичними сестрами, акушерками). Тренерами повинні бути викладачі вищих навчальних закладів або високопрофесійні фахівці, які пройшли навчання на тренінгах національного рівня.

Завдання центрів:

- поліпшення знань щодо існуючих клінічних протоколів усіма ланками медичних кадрів, що працюють у перинатальному центрі;
- знайомство та опанування новими протоколами, досвідом інших установ цього профілю;
- розробка та впровадження дистанційних навчальних програм, спрямованих на задоволення потреб персоналу інших лікарень мережі (регіону);
- допомога у розробці та впровадженні навчальних програм для кожного закладу;
- систематичне планове проведення конференцій в кожному ЗОЗ, де мають розглядатись питання діагностики і лікування основних невідкладних станів, а також сучасні підходи до вирішення рутинних перинатальних проблем;
- допомога у проведенні регулярних конференцій з представленням та обговоренням проблем надання допомоги пацієнтам окремо у кожному з відділень ЗОЗ;
- допомога у розробці і впровадженні локальних протоколів ЗОЗ;
- створення та координація роботи команди дистанційного навчання, до складу якої мають увійти акушер-гінеколог і неонатолог, а також акушерка і неонатальна медсестра; за потреби до роботи в команді можуть також залучатись інші фахівці (анестезіолог, спеціаліст ультразвукової діагностики та ін.); кількість таких команд визначається регіональними потребами, а їх склад має оновлюватись через певні проміжки часу;
- відпрацювання мануальних навичок щодо надання високотехнологічної та якісної медичної допомоги, використання медичного обладнання, оцінка навчальних потреб в установах мережі;
- розробка навчальних планів;
- впровадження (навчання) й оцінка ефективності програми;
- налагодження системи збору і використання перинатальних даних;
- інформування лікарень регіону про результати надання допомоги їх пацієнтам в установах III рівня;
- написання звітів про навчання;
- підтримання постійного інформаційного зв'язку між персоналом установ регіону і членами команди дистанційного навчання регіонального центру.

Кожен лікувальний заклад, який надає перинатальну допомогу, повинен мати перелік практичних навичок медичного персоналу (первинна реанімація новонародженого, інфекційний контроль, особливо миття рук, грудне вигодовування та інше), знання які потрібно поновлювати кожен квартал. Практичні тренінги мають проводити локальні тренери, які підготовлені в обласному перинатальному центрі.

Таким чином, в Україні високоспеціалізовану допомогу в галузі перинатальної медицини слід організувати з урахуванням розвитку сучасних технологій, досягнень усіх галузей медичної та фармацевтичної науки і принципу «освіта через все життя». Цього можна досягти лише шляхом створення відповідної системи БПР і постійної підтримки професійної компетентності лікарів та медичних працівників усіх рівнів, що є одним з основних завдань системи післядипломної медичної освіти в країні.

Розділ 7. Сучасні підходи до управління якістю надання перинатальної допомоги

Згідно з Цілями Розвитку Тисячоліття (№ 5), перед урядами держав постало завдання скоротити у 1990–2015 рр. коефіцієнт материнської смертності на три чверті та забезпечити до 2015 р. вільний доступ до послуг з репродуктивного здоров'я. Це можна вирішити шляхом створення дієвої системи управління якістю медичної допомоги (ЯМД).

Запропоноване А. Donabedian поняття «ЯМД» модифікували наразі Г.І. Назаренко і О.І. Полубенцева, враховуючи різні підходи (позиції лікарів, пацієнтів, експертів). ЯМД – це досягнення максимально можливого, науково прогнозованого результату; мінімальна вартість при збереженні заданої результативності; обґрунтованість конкретного виду медичної допомоги; законність; відповідність очікуванням пацієнта і доступність для усіх категорій населення.

ЯМД включає клінічну результативність (досягнення максимально можливого, науково прогнозованого результату); економічну ефективність (мінімальна вартість лікування при збереженні заданої результативності); обґрунтованість (правильне рішення про необхідність конкретного виду медичної допомоги); прийнятність (відповідність очікуванням пацієнтів); законність і доступність для усіх категорій громадян.

Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 р. визначено порядок проведення експерименту у 2011–2014 рр. в 4 регіонах країни щодо розділу рівнів надання медичної допомоги, у т.ч. під час вагітності та пологів.

У результаті реалізації поставлених перед галуззю завдань відповідно до концепції реформування охорони здоров'я України планується:

- забезпечити рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до якісних медичних послуг, у т.ч. з охорони репродуктивного здоров'я;
- поліпшити стан здоров'я жінок і дітей;
- знизити рівень материнської та малюкової смертності;
- підвищити рівень задоволеності населення України медичною допомогою.

Програмним документом ВООЗ «Одинадцять загальна програма роботи ВООЗ на 2006–2015 роки» визначено, що система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на кінцеві результати, безперервне удосконалення ЯМД тощо.

За даними експертних оцінок, в Україні рівень ЯМД досить низький (інтегральний показник якості лікування становить близько 56%). Відповідно до соціологічних досліджень, більшість опитаного населення оцінює ЯМД як низьку. За умови належної організації системи охорони здоров'я на первинному рівні можна вирішити до 90% звернень по медичну допомогу.

За даними літератури, недостатньо уваги приділяється практичному обрахуванню ефективності роботи лікувальних закладів, організації та контролю надання медичної допомоги на різних її рівнях.

Базовим елементом системи управління якістю (у т.ч. медичної допомоги) є поняття «ефективність управління». Це – результат, зіставлений із затратами на його досягнення (враховуючи прямі витрати на систему управління і витрати на реалізацію управлінських рішень).

Відповідно до Концепції управління ЯМД у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р., затвердженої наказом МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454, основною концептуальною моделлю управління якістю визнано модель безперервного підвищення якості (БПЯ), що базується на принципі управління процесом (таблиця 7).

Ця модель передбачає комплексний, інтегрований та динамічний підхід до підвищення якості, спрямований на досягнення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації та вдосконалення власне системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Класичний підхід для управління якістю надання медичної допомоги (A.Donabedian)

Структура (ресурси)	Процес (технологія)	Наслідок (результат)
Стабільна складова	Варіабельна складова	Варіабельна складова
ЗОЗ персонал обладнання джерела фінансування	Надання медичної допомоги	Зміна існуючого та майбутнього стану здоров'я пацієнта у порівнянні з попереднім
БПЯ: ресурси мають відповідати стандартам	БПЯ: відповідність того, що зроблено, тому, що має бути зроблено	БПЯ: покращення або стабілізація стану

До основних напрямів БПЯ належать: планування якості, забезпечення якості, управління якістю і поліпшення якості.

Планування ЯМД включає ідентифікацію якості як об'єкта аналізу та визначення чинників, що впливають на стан ЯМД, – компонентів (критеріїв) ЯМД, а також можливості контролю за ефективністю заходів щодо поліпшення ЯМД.

ЯМД передбачає вирішення двох завдань: 1) відбір і підготовка фахівців з управління ЯМД з використанням сучасних програм і методів навчання; 2) створення системи норм і правил їх діяльності, включаючи документування методики (технології) оцінки ЯМД.

Управління ЯМД означає виконання усього комплексу функцій управління (оцінка ситуації, планування, організація, відбір кадрів тощо).

Поліпшення ЯМД включає аналіз і усунення причин неналежної якості, їх попередження та коригування, мотивацію керівників та персоналу до поліпшення якості і документування досягнень. Слід зазначити, що без підтвердження позитивних результатів діяльності ЗОЗ фактом поліпшення стану ЯМД є можливість декларування мотивації та ефективності діяльності.

В Україні державне регулювання у сфері охорони здоров'я проводиться через спеціально уповноважені органи виконавчої влади, які забезпечують контроль і нагляд за дотриманням положень законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я (стаття 22 «Основи законодавства про охорону здоров'я»).

Важливим є оцінювання незалежними експертами, громадськими радами успішності та ефективності виконання урядових програм, що безумовно сприятиме становленню демократичного стилю управління, підвищенню відповідальності виконавців, об'єктивізації системи кар'єрних просувань.

Складові ЯМД (за визначенням Європейського регіонального бюро ВООЗ):

- ефективність – це співвідношення між фактичною та максимальною дією, яка можлива в ідеальних умовах;
- економічність – це співвідношення між фактичною дією та її вартістю;
- адекватність – це задоволення потреб населення;
- науково-технічний рівень – це ступінь застосування відповідних знань і техніки при наданні медичної допомоги.

У галузі охорони здоров'я основним критерієм ефективності є задоволення громадян медичною допомогою:

- зменшення кількості звернень громадян щодо незадоволення медичними послугами.
- зниження рівня малюкової та материнської смертності;
- зменшення занедбаних випадків онкопатології;
- зниження рівня захворюваності на туберкульоз та смертності від серцево-судинної патології.

Оцінка якості починається тоді, коли результати виходять за діапазон нормативів, спочатку аналізується технологія, а вже потім – ресурси.

Система ЯМД – це сукупність взаємопов’язаних елементів організаційної структури, визначених механізмів відповідальності, повноважень і процедур організації, а також процесів і ресурсів, які забезпечують загальне управління якістю та її відповідність встановленим вимогам.

Загальна (тотальна) якість – це всебічні зусилля усієї організації, спрямовані на підвищення якості товарів і послуг. Даний підхід повною мірою може застосовуватися до всіх організацій (як крупних, так і невеликих, як виробничих, так і сервісних, як комерційних, так і некомерційних).

Основні принципи тотальної якості:

- орієнтація на результат (досягнення мети Практичної настанови «Національні засади впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги»);
- концентрація уваги на споживачах (інформування про реформу медичної допомоги, анкетування, ток-шоу із залученням користувачів);
- лідерство і відповідність цілям (чи стане перинатальний центр III рівня лідером з надання перинатальної допомоги в регіоні);
- управління на основі процесів і фактів (використання технологій з доведеною ефективністю);
- розвиток персоналу і його залучення до вдосконалення (програми залучення персоналу до тренінгів, системи безперервного навчання);
- постійне навчання, інновації та вдосконалення (проведення навчальних семінарів, обмін досвідом на пленумах та з’їздах Асоціації акушерів-гінекологів України);
- розвиток партнерства (вибір еталонної організації за результатами зовнішнього та внутрішнього аудиту в країні, визначення еталонної організації за кордоном (бенч-маркінг), створення партнерства);
- відповідальність перед суспільством (поліпшення показників материнської та перинатальної захворюваності та смертності в регіоні).

БПЯ – це сукупність органів і об’єктів управління, які взаємодіють за допомогою матеріально-технічних і інформаційних засобів під час управління якістю продукції (медичних послуг).

БПЯ базується на принципах міжнародного стандарту ISO 9001:2000. Міжнародний стандарт ISO 9001:2000 – основні характеристики і вигоди (рис.).

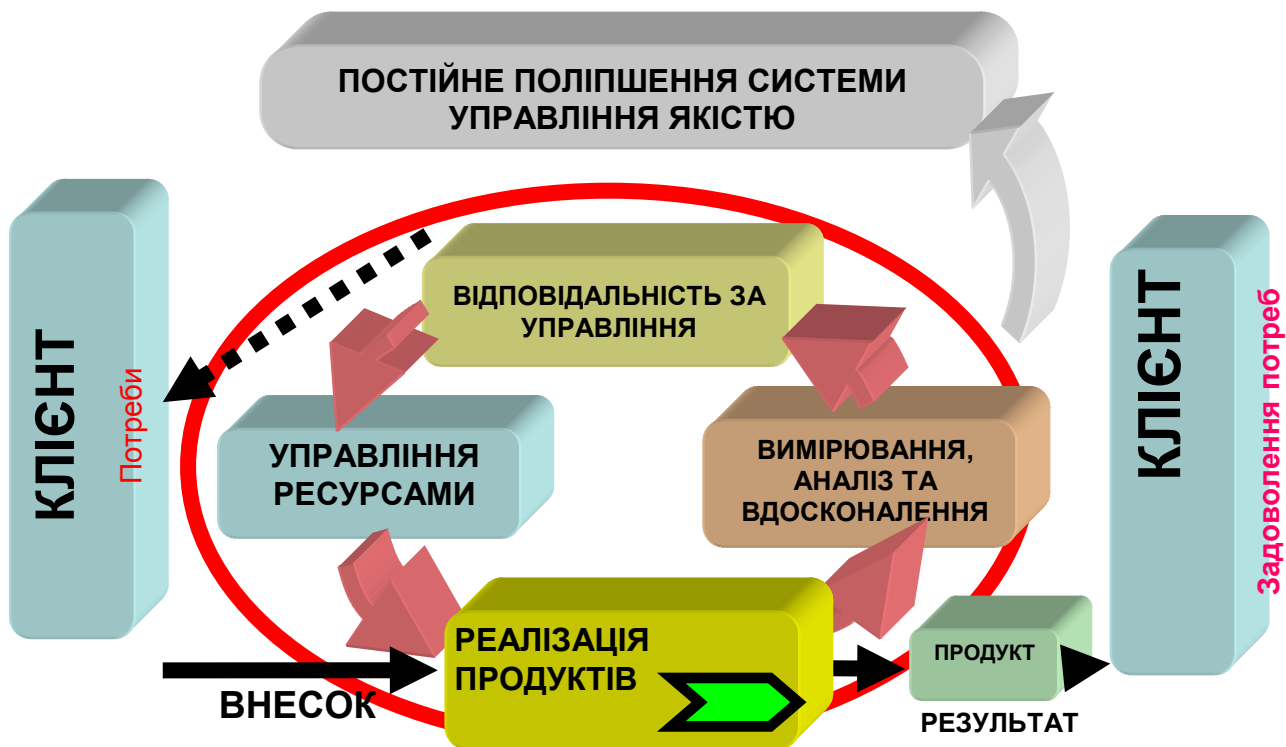


Рис. Схема безперервного поліпшення якості

Основні вимоги БПЯ:

- моніторинг рівня задоволення потреб клієнтів (анкетування, Інтернет-форум);
- проведення внутрішніх аудитів, щоб визначити, чи ефективно впроваджується і утримується система (надання перинатальної допомоги);
- оцінка ЯМД, яка не відповідає попередньо встановленим вимогам (Концепції, стандартам, наказам МОЗ) за спеціально розробленими індикаторами якості та безпеки діяльності ЗОЗ I, II, III рівнів надання перинатальної допомоги;
- аналіз відповідних даних з метою оцінки можливості вдосконалення даної системи (результати зовнішнього та внутрішнього аудиту, конфіденційного аудиту випадків материнської смерті);
- постійне вдосконалення системи за допомогою різних інструментів (визначення еталонної організації, порівняння з еталонною організацією за обраними показниками);
- усунення причин невідповідності перинатальної допомоги шляхом коригувальних і запобіжних заходів (тренінги, дистанційне навчання, локальні протоколи).

При оцінці ЯМД слід змінити підходи. Аналіз результатів роботи ЗОЗ, який базується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних та річних звітах про діяльність), є недостатнім для оцінки ЯМД і визначення напрямків її поліпшення. Досвід розвинених країн свідчить про доцільність оцінки і управління ЯМД шляхом моніторингу ЯМД з використанням індикаторів якості та клінічного аудиту.

Моніторинг – це систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності, роботи чи систем. Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він може застосовуватися щодо конкретних проблемних питань або для перевірки провідних моментів роботи.

Індикатор якості (ІЯ) медичної допомоги – це ретроспективно вимірюваний елемент оцінки ЯМД, відносно якого є надійні докази, що його зміна пов'язана з якістю допомоги. ІЯ слугують інструментом клінічного аудиту і моніторингу ЯМД. Для порівняння ЯМД між окремими ЗОЗ України та кращими зразками медичної практики інших країн, а також з метою застосування передового міжнародного досвіду слід розробляти індикатори для

закладів первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) перинатальної допомоги з їх пороговими значеннями в максимально сумісному з міжнародними системами індикаторів вигляді.

В Україні розробка і впровадження ІЯ регламентовані Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7.07.2011 р. № 36112-VI, наказом МОЗ України та Академії медичних наук України від 03.11.2009 р. № 798/75 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)».

Основними компонентами ІЯ є: якість структури (організація роботи персоналу, кваліфікація медичних працівників, матеріально-технічне і лікарське забезпечення медичного процесу); якість процесу (застосовуються для оцінки правильності ведення пацієнтів у певних клінічних ситуаціях (при профілактиці, діагностиці, лікуванні і реабілітації, дотримання стандартів медичної допомоги і правильності вибору медичної технології); якість кінцевого результату (визначення стану здоров'я пацієнта після лікування і порівняння результатів з еталонними, встановленими на підставі даних надійних досліджень і клінічних оцінок, економічна і соціальна ефективність, медико-демографічні показники, задоволеність пацієнтів отриманими послугами, якість життя).

Структура ІЯ медичної допомоги включає методику їх вимірювання, порогове значення і заходи впливу. Порогові (цільові) значення ІЯ – це цільовий або допустимий показник як позитивних, так і негативних явищ. Джерелами для встановлення порогових значень ІЯ служать дані надійних досліджень, а за їх відсутності – результати кращих практик, думки експертів.

ІЯ слід використовувати при експертизі та оцінці якості перинатальної допомоги відповідно до встановлених процедур як при внутрішньому, так і при зовнішньому контролі якості перинатальної допомоги. Усі розроблені ІЯ (таблиці 8, 9, 10) вважаються попередніми, поки вони не пройдуть 6–12-місячну перевірку з метою підтвердження відповідності та практичності застосування.

Потенційними користувачами індикаторів є клініцисти, управлінці та розробники політики у сфері охорони здоров'я, засоби масової інформації (ЗМІ) та широкі кола громадськості. Критерії ЯМД визначають такий її рівень, якого слід прагнути. *Індикатори ЯМД віддзеркалюють ступінь досягнення (або, навпаки – відхилення) цільового рівня медичної допомоги.*

Індикатори ЯМД необхідно використовувати на всіх рівнях перинатальної допомоги. Очевидно, що на регіональному рівні можна збирати та аналізувати невеликий перелік найбільш значущих індикаторів. Водночас, у кожному ЗОЗ існують свої проблеми: в одному випадку – це своєчасність надання допомоги, в іншому – результативність або економічна ефективність. Відповідно, для кожної служби на кожній території й кожного типу ЗОЗ слід розробити (поряд із загально визначеним переліком) свої індикатори, які дадуть змогу оцінити досягнення актуальних завдань.

Обов'язковим компонентом оцінки якості та безпеки перинатальної допомоги є задоволеність пацієнтів такою допомогою.

Критерії оцінки ЯМД (метод анкетування):

- результативність (відповідність результату очікуванням користувача);
- своєчасність;
- доступність;
- зручність для того, хто надає медичну допомогу;
- зручність для того, хто її отримує;

- відкритість (інформація про перинатальний центр та обсяг медичної допомоги у відкритих джерелах інформації);
- повага до особи (пацієнта);
- ввічливість персоналу.

Невід’ємною складовою процесу управління і вдосконалення якості є клінічний аудит. Це – систематичний критичний аналіз ЯМД, включаючи профілактику, діагностику і лікування, ефективність використання ресурсів, оцінка результатів проведених втручань і якості життя пацієнта; процес розгляду будь-якої клінічної практики з метою з’ясування, чи є вона належною і корисною для пацієнта (користувача).

Останнім часом термін «клінічний аудит» визначається як процес підвищення ЯМД шляхом систематичного аналізу допомоги, з наступними змінами.

Клінічний аудит можна розглядати у вигляді п’яти принципових кроків, об’єднаних у спіраль аудиту: визначення клінічної теми аудиту; узгодження клінічних протоколів і стандартів; збір даних щодо повноти втілення стандартів; впровадження змін для поліпшення якості того виду медичної допомоги, який вивчається; збір даних для встановлення необхідності змін.

Основним характеристиками належного клінічного аудиту є: сприяння навчанню медичних працівників; конфіденційність, багатопрофільність, розгляд питань управління ЯМД; результативність, економність, цілеспрямованість, спроба встановити першопричину проблеми; гнучкість, готовність до співпраці (його завдання – допомогти), тактовність, можливість оцінки.

Клінічний аудит можна проводити на різних рівнях: на місцевому – аудит тенденцій або варіацій у рамках конкретного закладу чи підрозділу; на регіональному або національному – аудит тимчасових тенденцій або варіацій у рамках регіону чи країни; на міжнародному – аудит відмінностей між країнами.

Приклади аудиту:

- перинатальний аудит (національний, регіональний рівні);
- конфіденційний аудит материнських втрат (національний рівень)
- конфіденційний аудит критичних станів матерів (регіональний рівень).

Інформація для проведення аудиту залежить передусім від теми аудиту. В усіх можливих випадках треба використовувати дані, що отримуються в рутинному порядку; додаткові дані слід збирати у разі потреби. В ідеалі, аудиторську перевірку необхідно починати в межах установи, а не «зверху»: працівники ЗОЗ знають «слабкі місця» краще за осіб, які працюють у вищих організаціях.

Клінічний аудит застосовують щодо роботи лікарів, акушерок, медсестер та інших медичних фахівців. І хоча клінічний аудит більше використовують для дослідження структури та процесу надання допомоги, його можна використовувати для оцінки результатів щодо здоров’я.

Таблиця 8

Індикатори якості та безпеки діяльності закладів охорони здоров’я І рівня перинатальної допомоги

№ пор.	Індикатор	Порогове значення	Методика вимірювання (обчислення)
1.	Укомплектованість лікарськими кадрами	90,0% і більше	Кількість лікарів (основних працівників) × 100 / загальна кількість штатних посад лікарів
2.	Укомплектованість кадрами середніх медичних працівників	95,0% і більше	Кількість середніх медичних працівників (основних працівників) × 100 / загальна кількість штатних посад середніх медичних працівників
3.	Наявність сучасного медичного обладнання для надання акушерсько-	95,0% і більше	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання

	гінекологічної та неонатальної допомоги		$\times 100$ / кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання
4.	Комп'ютеризація структурних підрозділів з доступом до Інтернету	60,0% і більше	Кількість структурних підрозділів закладу, оснащених комп'ютерами з доступом до Інтернету $\times 100$ / кількість клінічних структурних підрозділів закладу
5.	Наявність локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги з маршрутами пацієнтів у всіх підрозділах, задіяних у наданні допомоги даного рівня	95,0% і більше	Кількість розроблених і наявних у закладі локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги на електронних та/бо паперових носіях $\times 100$ / кількість затверджених наказами МОЗ України клінічних протоколів
6.	Своєчасність постановки на облік вагітних, %	90,0% і більше	Кількість жінок, поставлених на облік до 12 тиж. вагітності, $\times 100$ / загальна кількість кількості жінок, що були на обліку по вагітності і пологах
7.	Питома вага нормальних пологів	75,0–80,0%	Кількість нормальних пологів у закладі, $\times 100$ / загальна кількість пологів у закладі
8.	Питома вага недоношених новонароджених	1,0% і менше	Кількість недоношених новонароджених, $\times 100$ / загальна кількість народжених живими
9.	Питома вага партнерських пологів	95,0% і більше	Кількість партнерських пологів, $\times 100$ / загальна кількість пологів
10.	Питома вага КР	Не більше 5,0%	Кількість пологів шляхом КР, $\times 100$ / загальна кількість пологів
11.	Активне ведення III періоду пологів	95,0 і більше	Кількість пологів з активним веденням III періоду, $\times 100$ / загальна кількість пологів
12.	Контакт «шкіра до шкіри»	95,0% і більше	Кількість новонароджених, яким проведено контакт «шкіра до шкіри», $\times 100$ / загальна кількість новонароджених
13.	Частота новонароджених з виключно грудним вигодовуванням	95,0% і більше	Кількість новонароджених, виписаних на виключно грудному вигодовуванні, $\times 100$ / загальна кількість виписаних новонароджених
14.	Частота кровотеч в післяпологовому періоді	5,0 і менше	Кількість породіль, у яких були кровотечі в післяпологовому періоді, $\times 1000$ / загальна кількість виписаних породіль
15.	Частота епізіотомій	2,0% і менше	Кількість пологів з проведенням епізіотомії, $\times 100$ / загальна кількість пологів
16.	Частота інструментальних пологів: вакуум-екстракція	10,0 і більше	Кількість пологів із застосуванням вакуум-екстракції $\times 1000$ / загальна кількість пологів
17.	Частота хворих новонароджених	100,0 і менше	Кількість новонароджених, які народилися хворими та захворіли у перші 168 год. після народження, $\times 1000$ / загальна кількість народжених живими
18.	Рівень перинатальної смертності	3,0 і менше	Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 год. Життя $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
19.	Мертвонароджуваність	2,0 і менше	Кількість народжених мертвими, $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
20.	Частота інтранатальної загибелі плода	0,3–0,5	Кількість мертвонароджених, смерть яких

			наступила під час пологів, × 1000 / загальна кількість новонароджених
21.	Рання неонатальна смертність	1,0 і менше	Кількість новонароджених, померлих у перші 168 год. Життя × 1000 / загальна кількість новонароджених
22.	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	80,0% і більше	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, задоволені медичною допомогою, × 100 / кількість пацієнток, які заповнили анкети
23.	Знання жінками загрозованих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду	95,0% і більше	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, знали про загрозовані симптоми під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, × 100 / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети
24.	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Так	Наявність сертифікату «Лікарня, доброзичлива до дитини»

Таблиця 9

**Індикатори якості та безпеки діяльності закладів охорони здоров'я II рівня
(спеціалізованої) перинатальної допомоги**

№ пор.	Індикатор	Порогове значення	Методика вимірювання (обчислення)
1.	Укомплектованість лікарськими кадрами	95,0% і більше	Кількість лікарів (основних працівників), × 100 / загальна кількість штатних посад лікарів
2.	Питома вага лікарів, що мають вищу та/або I атестаційні категорії	60,0% і більше	Кількість лікарів, які мають вищу та/або I атестаційні категорії, × 100 / загальна кількість лікарів (фізичних осіб)
3.	Укомплектованість кадрами середніх медичних працівників	95,0% і більше	Кількість середніх медичних працівників (основних працівників), × 100 / загальна кількість штатних посад середніх медичних працівників
4.	Питома вага середніх медичних працівників, що мають вищу та/або I атестаційні категорії	65,0% і більше	Кількість середніх медичних працівників, які мають вищу та/або I атестаційні категорії, × 100 / загальна кількість середніх медичних працівників (фізичних осіб)
5.	Наявність сучасного медичного обладнання для надання акушерсько- гінекологічної та неонатальної допомоги	95,0% і більше	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання × 100 / загальна кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання
6.	Комп'ютеризація структурних підрозділів з доступом до Інтернету	80,0% і більше	Кількість клінічних підрозділів закладу, оснащених комп'ютерами з доступом до Інтернету, × 100 / загальна кількість клінічних підрозділів закладу
7.	Наявність локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги з маршрутами пацієнтів у всіх підрозділах, задіяних у наданні допомоги даного рівня	95,0% і більше	Кількість розроблених і наявних у закладі локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги на електронних та /або паперових носіях × 100 / загальна кількість затверджених наказами МОЗ України клінічних протоколів

8.	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Так	Наявність сертифікату «Лікарня, доброзичлива до дитини»
9.	Своєчасність постановки на облік вагітних, %	90,0% і більше	Кількість жінок, поставлених на облік до 12 тиж. вагітності, $\times 100$ / загальна кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологах
10.	Питома вага вагітних з прееклампсією середнього ступеня, розроджених у закладі	90,0% і більше	Кількість вагітних із прееклампсією середнього ступеня, розроджених у закладі, $\times 100$ / загальна кількість розроджених вагітних із прееклампсією середнього ступеня в регіоні обслуговування
11.	Питома вага ускладнених пологів	15,0%	Кількість ускладнених пологів у закладі, $\times 100$ / загальна кількість ускладнених пологів у регіоні обслуговування
12.	Питома вага партнерських пологів	90,0% і більше	Кількість партнерських пологів, $\times 100$ / загальна кількість пологів
13.	Питома вага КР	10,0–15,0%	Кількість пологів шляхом КР, $\times 100$ / загальна кількість пологів
14.	Активне ведення III періоду пологів	95,0% і більше	Кількість пологів з активним ведення III періоду $\times 100$ / загальна кількість пологів
15.	Контакт «шкіра до шкіри»	95,0% і більше	Кількість новонароджених, яким проведено контакт «шкіра до шкіри», $\times 100$ / загальна кількість новонароджених
16.	Питома вага новонароджених з виключно грудним вигодовуванням	95,0% і більше	Кількість новонароджених, виписаних на виключно грудному вигодовуванні, $\times 100$ / загальна кількість виписаних новонароджених
17.	Питома вага кровотеч в післяпологовому періоді	10,0 і менше	Кількість породіль, у яких були кровотечі в післяпологовому періоді, $\times 1000$ / загальна кількість виписаних породіль
18.	Питома вага екстирпацій матки після кровотечі	5,0 і менше	Кількість породіль з кровотечами під час пологів та в післяпологовому періоді, яким проведено екстирпацію матки, $\times 1000$ / загальна кількість виписаних породіль, у яких були кровотечі під час пологів та в післяпологовому періоді
19.	Питома вага епізіотомій	5,0% і менше	Кількість пологів з проведенням епізіотомії $\times 100$ / загальна кількість пологів
20.	Питома вага інструментальних пологів: - вакуум-екстракція - акушерські щипці	10,0 і більше 2,0 і менше	Кількість пологів із застосуванням вакуум-екстракції, акушерських щипців $\times 1000$ / загальна кількість пологів
21.	Питома вага хворих новонароджених	130,0 і менше	Кількість новонароджених, які народилися хворими та захворіли у перші 168 год. після народження, $\times 1000$ / загальна кількість народжених живими
22.	Рівень перинатальної смертності	6,0 і менше	Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 год. життя, $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
23.	Мертвонароджуваність	3,0 і менше	Кількість народжених мертвими $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
24.	Питома вага інтранатальної загибелі плода	0,5–0,8	Кількість мертвонароджених, смерть яких наступила під час пологів $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
25.	Рання неонатальна смертність	3,0 і менше	Кількість новонароджених, померлих у перші 168 год. життя, $\times 1000$ / загальна кількість

			новонароджених
26.	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	80,0% і більше	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, задоволені медичною допомогою, $\times 100$ / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети
27.	Знання жінками загрозливих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду	95,0% і більше	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, знали про загрозливі симптоми під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, $\times 100$ / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети

Таблиця 10

**Індикатори якості та безпеки діяльності закладів охорони здоров'я III рівня
(високоспеціалізованої) перинатальної допомоги**

№ пор.	Індикатор	Порогове значення	Методика вимірювання (обчислення)
1.	Питома вага лікарів, які мають вищу та/або I атестаційні категорії	75,0% і більше	Кількість лікарів, які мають вищу та/або I атестаційні категорії, $\times 100$ / загальна кількість лікарів (фізичних осіб)
2.	Питома вага середніх медичних працівників, які мають вищу та/або I атестаційні категорії	75,0% і більше	Кількість середніх медичних працівників, які мають вищу та/або I атестаційні категорії, $\times 100$ / загальна кількість середніх медичних працівників (фізичних осіб)
3.	Наявність можливостей забезпечення консультацій вагітних, роділь, породіль анестезіологом, неонатологом, хірургом, генетиком, терапевтом, кардіологом, рентгенологом	Так	Наявність алгоритмів залучення спеціалістів до консультацій
4.	Наявність можливостей забезпечення консультацій новонароджених хірургом дитячим, офтальмологом дитячим, кардіоревматологом дитячим	Так	Наявність алгоритмів залучення спеціалістів до консультацій
5.	Наявність сучасного медичного обладнання для надання акушерсько-гінекологічної, анестезіологічної та неонатальної допомоги	95,0% і більше	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання $\times 100$ / загальна кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання
6.	Наявність можливостей лабораторно-діагностичного обстеження вагітних, роділь, породіль та новонароджених відповідно до технологій клінічних та параклінічних протоколів	95,0% і більше	Кількість обов'язкових відповідно до клінічних протоколів діагностичних обстежень, для виконання яких створені в закладі умови, $\times 100$ / загальна кількість обов'язкових, відповідно клінічних протоколів, діагностичних обстежень
7.	Комп'ютеризація клінічних структурних підрозділів з доступом до Інтернету	95,0% і більше	Кількість клінічних структурних підрозділів закладу, оснащених комп'ютерами з доступом до Інтернету, $\times 100$ / загальна кількість структурних підрозділів закладу
8.	Наявність локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги з маршрутами пацієнтів у всіх підрозділах, задіяних у наданні допомоги даного рівня	95,0% і більше	Кількість розроблених і наявних у закладі локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги на електронних та /або паперових носіях $\times 100$ / загальна кількість затверджених наказами МОЗ України клінічних

			протоколів
9.	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Так	Наявність сертифікату «Лікарня, доброзичлива до дитини»
10.	Питома вага вагітних із захворюваннями серця II–IV ступенів ризику, розроджених у закладі	90,0% і більше	Кількість вагітних із захворюваннями серця, II–IV ступенів ризику, розроджених у закладі, × 100 / загальна кількість розроджених вагітних із захворюваннями серця II–IV ступенів ризику у регіоні обслуговування
11.	Питома вага вагітних з преєклампсією тяжкого ступеня, розроджених у закладі	90,0% і більше	Кількість вагітних із преєклампсією тяжкого ступеня, розроджених у закладі, × 100 / загальна кількість розроджених вагітних із преєклампсією в регіоні обслуговування
12.	Питома вага ускладнених пологів	50,0%	Кількість ускладнених пологів у закладі × 100 / загальна кількість ускладнених пологів у регіоні обслуговування
13.	Питома вага новонароджених з масою тіла до 1499 г	90,0% і більше	Кількість новонароджених з масою тіла при народженні до 1499 г × 100 / загальна кількість новонароджених з масою тіла до 1499 г у регіоні обслуговування
14.	Питома вага партнерських пологів	85,0% і більше	Кількість партнерських пологів × 100 / загальна кількість пологів
15.	Питома вага КР	15,0–25,0%	Кількість пологів шляхом КР × 100 / загальна кількість пологів
16.	Активне ведення III періоду пологів	95,0% і більше	Кількість пологів з активним ведення III періоду × 100 / загальна кількість пологів
17.	Контакт «шкіра до шкіри»	85,0% і більше	Кількість новонароджених, яким проведено контакт «шкіра до шкіри», × 100 / загальна кількість новонароджених
18.	Питома вага новонароджених з виключно грудним вигодовуванням	90,0% і більше	Кількість новонароджених, виписаних на виключно грудному вигодовуванні, × 100 / загальна кількість виписаних новонароджених
19.	Догляд новонароджених за методом «кенгуру»	15,0% і більше	Кількість недоношених новонароджених, яких доглядали за методом «кенгуру», × 100 / загальна кількість виписаних недоношених новонароджених
20.	Частота кровотеч в післяпологовому періоді	15,0 і менше	Кількість породіль, у яких були кровотечі в післяпологовому періоді, × 1000 / загальна кількість виписаних породіль

21.	Питома вага екстирпацій матки після кровотечі	5,0 і менше	Кількість породіль з кровотечами під час пологів та в післяпологовому періоді, яким проведено екстирпацію матки, $\times 1000$ / загальна кількість виписаних породіль, у яких були кровотечі під час пологів та в післяпологовому періоді
22.	Питома вага епізіотомій	8,0% і менше	Кількість пологів з епізіотомією $\times 100$ / загальна кількість пологів
23.	Питома вага інструментальних пологів: - вакуум-екстракція - акушерські щипці	10,0 і більше 2,0 і менше	Кількість пологів із застосуванням вакуум-екстракції, акушерських щипців $\times 1000$ / загальна кількість пологів
24.	Частота хворих новонароджених	170 і менше	Кількість новонароджених, які народилися хворими та захворіли у перші 168 год. після народження, $\times 1000$ / загальна кількість народжених живими
25.	Вживання недоношених новонароджених з масою тіла 500–999 г	55,0% і більше	Кількість недоношених новонароджених з масою тіла 500–999 г, померлих у перші 6 днів після народження, $\times 100$ / загальна кількість і народжених живими недоношених новонароджених з масою тіла 500–999 г
26.	Вживання недоношених новонароджених з масою тіла 1000–1499 г	85,0% і більше	Кількість недоношених новонароджених з масою тіла 1000–1499 г, померлих у перші 6 днів після народження $\times 100$ / загальна кількість народжених живими недоношених новонароджених з масою тіла 1000–1499 г
27.	Рівень перинатальної смертності	12,0 і менше	Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 год. життя $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
28.	Мертвонароджуваність	6,5 і менше	Кількість народжених мертвими $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
29.	Рання неонатальна смертність	3,5 і менше	Кількість новонароджених, померлих у перші 168 год. життя, $\times 1000$ / загальна кількість новонароджених
30.	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	80,0% і більше	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, задоволені медичною допомогою, $\times 100$ / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети
31.	Знання жінками загрозливих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду	95,0% і більше	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, знали про загрозливі симптоми під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, $\times 100$ / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети
32.	Надання хірургічної допомоги новонародженим при вроджених вадах розвитку протягом першої доби	80,0%	Кількість новонароджених, які отримали відповідну хірургічну допомогу протягом I доби життя, $\times 100$ / загальна кількість новонароджених з вродженими вадами розвитку

Розділ 8. Планування сім'ї у системі регіоналізації перинатальної допомоги

Роль планування сім'ї у збереженні здоров'я матерів та дітей

Планування сім'ї є невід'ємною частиною надання перинатальної допомоги як на етапі підготовки до вагітності, так і після пологів.

Незважаючи на численність і серйозність завдань, які постали перед охороною здоров'я у світі, можливість планування кількості дітей у сім'ї є однією зі значущих проблем медичного характеру. За даними світової статистики, щорічно від чинників, пов'язаних з вагітністю або її перериванням, помирає близько 0,5 млн. молодих жінок. Світовий досвід свідчить, що використання сучасних контрацептивних методів як засобів попередження незапланованої вагітності, сприяє зменшенню частоти штучних і нелегальних абортів, що дає змогу знизити рівень материнської смертності на 25–50%.

Планування сім'ї відіграє важливу роль у збереженні здоров'я матері і дитини, оскільки жінки мають змогу визначити оптимальні інтервали між вагітностями та попередити незаплановану вагітність у молодому чи більш старшому віці. Уникнення незапланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зниження рівня малюкової та материнської смертності. Доведено, що сучасна контрацепція як основний засіб планування сім'ї для подружніх пар є безпечною.

Слід зазначити, що перші пологи більш рекомендовані після досягнення жінкою 20-річного віку. У матерів віком до 20 років зростає ризик народження дітей з меншою вагою, підвищується рівень малюкової смертності (Bottingetal., 1998), виникають проблеми з грудним вигодовуванням, серед 15–19-річними удвічі збільшується ризик смерті при народженні дитини порівняно з 20–24-річними (ФНООН, 1997).

Водночас, у міру збільшення віку жінки (після 30 років) значно зростає ризик ускладнень: невиношування, народження мертвої дитини, смерті новонародженого, гестаційного діабету, преєклампсії (Hanson, 1986; Jacobssonetal., 2004).

Збільшення інтервалу між пологами є важливим для здоров'я матері і дитини. Шанси на виживання наступної дитини зростають якщо інтервал між пологами становить щонайменше два роки (Setty-Venugopal V., Upadhyay U.D., 2002.) За даними опитування, проведеного у 2001–2005 рр. серед населення у 35 країнах, смертність дітей віком до 5 років знижується у міру збільшення інтервалу між пологами (Setty-Venugopal, 2002). Більший інтервал між пологами сприяє меншому ризику народження недоношених (Fuentes-Afflick, 2000) і/або дітей із малою масою тіла (Gribble, 1993). При інтервалі 2–3 роки знижується ризик анемії в 1,3 разу; кровотечі у третьому триместрі – в 1,7 разу; материнської смертності під час пологів – у 2,5 разу (Rutstein S., 2002).

Важливими ефективними цільовими заходами щодо удосконалення та поліпшення послуг з планування сім'ї є: вибір методу контрацепції відповідно до періодів життя, післяпологова та післяабортна контрацепція з урахуванням прав пацієнтки, її бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептива.

Надання послуг відповідно до рівнів перинатальної допомоги

На кожному рівні перинатальної допомоги консультування з питань планування сім'ї має бути частиною надання перинатальної допомоги.

До складу перинатальних центрів мають входити центри/кабінети планування сім'ї. Медичні спеціалісти будь-якого рівня медичної допомоги повинні бути підготовленими для консультування з питань планування сім'ї та усіх методів контрацепції.

На першому рівні перинатальної допомоги послуги з вибору методу контрацепції надаються акушерками, фельдшерами, сімейними лікарями, лікарями акушерами-гінекологами та включають:

- консультування з питань здорового способу життя, профілактики ЗПСШ;
- консультування з вибору сучасної контрацепції;
- консультування з післяпологової контрацепції серед вагітних (жінок після пологів) та їхніх партнерів;

- доступність контрацепції сільському населенню (слід направити жінку до лікаря акушера-гінеколога, який призначить метод контрацепції відповідно до медичних критеріїв прийнятності ВООЗ та клінічного протоколу з питань планування сім'ї);
- своєчасне виявлення жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою скерування їх на вищий рівень для індивідуального підбору високоефективного методу для тривалого використання;
- проведення у навчальних закладах роботи з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я.

Другий рівень перинатальної допомоги потребує нормативного визначення відповідального спеціаліста з питань планування, на якого покладається організаційно-методичне забезпечення цих послуг.

Послуги надаються акушерками та лікарями акушерами-гінекологами і включають:

- консультування з питань здорового способу життя, профілактики ЗПСШ;
- консультування з вибору сучасної контрацепції;
- консультування з післяпологової контрацепції серед вагітних (жінок після пологів) та їхніх партнерів;
- формування реєстру жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеня, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою безоплатного їх забезпечення сучасними ефективними видами контрацепції;
- організація системної підготовки лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, фельдшерів, акушерок з питань планування сім'ї;
- співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї;
- співпраця з громадськими організаціями, закладами освіти, з питань здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я, профілактики небажаної вагітності.

На третьому рівні надаються перинатальні послуги жінкам з групи високого акушерського та перинатального ризиків, тому консультування з питань попередження незапланованої вагітності для таких жінок набуває особливого значення. Послуги з вибору методу контрацепції надаються лікарями акушерами-гінекологами разом зі спеціалістами вузького профілю та включають:

- консультування щодо післяпологової контрацепції та підбір високоефективного методу для жінок (та їхніх партнерів) з групи високого акушерського і перинатального ризиків;
- розробка галузевих нормативних документів з питань удосконалення діяльності служби планування сім'ї; створення навчальних матеріалів; адаптація та впровадження міжнародного досвіду і рекомендацій ВООЗ з питань планування сім'ї;
- підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з питань планування сім'ї;
- координація діяльності служби планування сім'ї у регіоні, аналіз її діяльності та розробка заходів щодо удосконалення;
- співпраця з обласними дермато-венерологічними, наркологічними диспансерами, центрами профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, центрами здоров'я, соціальними службами для інтеграції послуг з питань планування сім'ї.

Післяпологове планування сім'ї

Консультування

Під час вагітності. Консультант повинен надати жінці ще до пологів повну інформацію про різні методи післяпологової контрацепції. У цьому разі пацієнтка матиме достатньо часу для усвідомленого вибору методу контрацепції.

Допологові візити дають змогу обговорити питання догляду за здоров'ям майбутньої дитини, годування грудьми та щодо подальшого планування сім'ї. Протягом допологового відвідування медичні спеціалісти/консультанти можуть ознайомити жінку з концепцією післяпологової контрацепції.

Під час перебування породіллі в стаціонарі проводиться післяпологове консультування, яке включає:

- оптимальний час поновлення статевих відносин після пологів;
- необхідність використання методів контрацепції, інформацію про прийнятні методи контрацепції, профілактику ЗПСШ;
- інформацію про терміни подальшого відвідування лікаря.

Після пологів рекомендується обговорити з жінкою питання про сексуальну активність, можливість і модель грудного вигодовування, менструальну функцію, відновлення фертильності, медичні та соціальні фактори, усвідомлений вибір методу контрацепції. Необхідно пояснити, який ризик для її здоров'я та здоров'я малюка становить небажана вагітність, а також наголосити на потребі у методах контрацепції.

Консультант повинен вказати на прийнятні методи контрацепції після пологів і допомогти матерям, які годують грудьми, обрати такий метод, який не впливає на секрецію молока та розвиток дитини. При нечастому та неповному годуванні грудьми жінка має користуватися методами попередження вагітності відразу після початку статевого життя (це саме стосується і жінок, які не годують грудьми).

При виписці з акушерського стаціонару в епікризі та обмінній карті зазначається індивідуальний для кожної породіллі (вибраний нею) метод контрацепції. Для того, щоб впевнитися в тому, що жінка буде користуватися методами контрацепції після пологів важливо поінформувати її про них до пологів та нагадати їй про це після пологів поки вона знаходиться у медичному закладі.

Консультування амбулаторно в післяпологовому періоді. Надання жінці, яка щойно народила дитину, послуг з планування сім'ї може стати невід'ємною частиною догляду за дитиною або, навпаки, контроль стану здоров'я немовляти може органічно влитися до післяпологових відвідувань жінки, яка народила. Часто догляд за матір'ю та дитиною проводять різні медичні спеціалісти, які не координують власні зусилля. Ідеально, коли планування сім'ї стає невід'ємною частиною медичного догляду за матір'ю та дитиною.

Жінок, які вигодовують дитину грудним молоком, інформують про всі гормональні та негормональні методи контрацепції та підтримують їхній вибір щодо ефективного методу контрацепції.

Консультант має обговорити з жінкою та оцінити:

- власну думку пацієнтки, її ставлення до використання контрацептивних методів;
- контрацептивні потреби – відновлення сексуальної активності, подальші репродуктивні плани;
- модель грудного вигодовування: частоту, тривалість, введення догодовування;
- соціальні фактори – повернення до роботи, навчання тощо;
- медичні проблеми.

Остаточний вибір методу контрацепції визначають індивідуально в кожному конкретному випадку: вибір методу контрацепції (якщо жінка все ще не визначилася з методом контрацепції), зміна методу контрацепції, підтримка у використанні методу контрацепції.

При завершенні кожного візиту слід переконатися, що інформація, отримана під час консультування, зрозуміла, а рішення щодо застосування методу контрацепції протягом 2–3 років після пологів усвідомлене.

Етапи консультування з планування сім'ї

Початкове (первинне) консультування – пацієнтку інформують про існуючі методи контрацепції та допомагають обрати найбільш прийнятний для неї.

Якщо жінка не знає, який метод їй обрати, то необхідно:

- разом із пацієнткою проаналізувати репродуктивні плани, а також обговорити важливі питання щодо практичного використання кожного методу контрацепції;
 - уточнити, про які методи контрацепції жінка знає (це дасть змогу визначити рівень знань і відкоригувати невірну інформацію);
 - розповісти про кожний метод відповідно до періоду життя; детально описати той, який найбільше зацікавив жінку, (механізм дії, ефективність, переваги, недоліки, можливі побічні дії, медичні протипоказання);
 - заохотити пацієнтку задавати запитання;
 - обговорити переваги і недоліки різних методів з урахуванням обставин і потреб пацієнтки (наприклад, період життя, здатність пам'ятати про щоденне вживання таблеток, участь партнера, кількість партнерів).
 - запропонувати жінці метод відповідно до її періоду життя; обґрунтувати такий вибір і переконатися, що вона зрозуміла, чому саме цей метод їй рекомендують; якщо запропонований метод, на думку пацієнтки, не прийнятний, слід порекомендувати інший, доки вона не обере той, який їй найбільше підходить; якщо жінка не може визначитися відразу, необхідно призначити дату повторного візиту.
 - не нав'язувати пацієнтці метод контрацепції.
- Особливі ситуації:
- у разі проблем зі здоров'ям, які унеможливають використання запропонованого методу, слід пояснити протипоказання і допомогти обрати інший метод.
 - у разі вибору пацієнткою методу, який з певних причин не можна застосовувати у даний час, необхідно порекомендувати тимчасовий метод до переходу в подальшому на постійний.

Консультація щодо вибору конкретного методу контрацепції: пацієнтку інформують про механізм дії обраного методу, показання і протипоказання до застосування, можливі побічні дії, про способи використання або припинення, а також про час відновлення фертильності після застосування методу.

Якщо пацієнтка має чітке уявлення про те, який метод вона хоче використовувати, необхідно:

- переконатися шляхом запитань, що жінка має правильне уявлення про метод, якому вона надає перевагу;
- підтримати вибір жінки за умови, що він відповідає медичним критеріям прийнятності даного методу; якщо метод підходить, слід встановити, чи знає жінка про інші методи контрацепції, переконатися в її впевненості у виборі саме цього методу; якщо метод не підходить (наприклад, якщо жінка годує грудьми і минуло менше 6 міс. після пологів, а вона хоче використовувати комбіновані оральні контрацептиви – КОК), важливо пояснити недоліки використання даного методу і проконсультувати щодо більш прийнятних методів.
- пояснити жінці, як правильно використовувати обраний метод з метою профілактики побічних ефектів, і що робити у разі їх виникнення.

Якщо після обговорення всіх аспектів пацієнтка обирає метод, якому надавала перевагу на початку розмови, а переваги перевищують можливий ризик і немає абсолютних протипоказань (абсолютні протипоказання – клас 4 класифікації ВООЗ), то в такому разі можна застосовувати обраний метод.

Якщо пацієнтка має відносні протипоказання (відносні протипоказання – клас 2–3 класифікації ВООЗ) і хоче використовувати метод, то слід обговорити стани, які пов'язані з його використанням і потребують звернення до лікаря. У такому разі може знадобитися додаткове обстеження.

Пояснення правил застосування методу:

- обговоріть такі питання:
 - як розпочинати та продовжувати застосування методу;
 - можливі побічні дії;

- усунення побічних дій;
- стани, які потребують звернення по медичну допомогу, а також куди звертатись;
- термін повторного візиту.
- перевірте, чи зрозуміла подана інформація по кожному з пунктів шляхом повторення пацієнткою інструкції «своїми словами»; у разі необхідності повторіть інструкції, звертаючи особливу увагу на незрозумілі аспекти; виправте невірно зрозумілу інформацію і роз'ясніть;
- поясніть, коли необхідно звернутись для подальшого спостереження;
- підкресліть важливість повторного візиту в разі:
 - побічних ефектів;
 - виникнення запитань;
 - потреби чи бажання перейти на інший метод;
 - потреби чи бажання припинити застосування контрацептиву.

Консультація щодо подальшого застосування методу контрацепції – під час повторного візиту обговорюється застосування пацієнткою обраного методу, задоволеність даним вибором і будь-які проблеми, пов'язані з ним.

Щоб повністю володіти інформацією про планування сім'ї, одного візиту для жінки недостатньо. Таку консультативну допомогу слід надавати протягом репродуктивного життя. Наступні візити до медичного працівника дають змогу:

- переконатися в усвідомленні клієнтом застосовування обраного методу контрацепції;
- обговорити будь-які проблеми, пов'язані з обраним методом;
- відповісти на можливі запитання;
- встановити, чи немає змін у стані здоров'я чи життєвій ситуації, що свідчить про необхідність переходу на інший метод контрацепції чи про припинення застосування методу.

Якщо пацієнтка не має проблем з використанням методу контрацепції:

- обговоріть задоволеність обраним методом, тривалість його застосування, періодичність спостереження за станом здоров'я; а також порекомендуйте, куди можна звернутися в разі прийняття рішення пацієнткою щодо припинення методу контрацепції або в разі сплину терміну його застосування (для внутрішньоматкових контрацептивів – ВМК);
- при прийнятті рішення пацієнткою щодо подальшого застосування методу перевірте правильність його використання; у разі необхідності повторіть відповідні правила.

Якщо у пацієнтки з'явилися проблеми, пов'язані з використанням методу:

- з'ясуйте причини виникнення проблеми (побічні дії, труднощі у застосуванні методу, неприйнятність методу партнером тощо) та допоможіть жінці її вирішити;
- у разі виникнення побічної дії оцініть тяжкість її прояву, запропонуйте способи усунення або призначте лікування;
- у разі припинення використання обраного раніше методу з'ясуйте причину (можливо, це пов'язано з неправильним розумінням / непорозумінням інструкції з використання, побічними діями, труднощами у придбанні тощо); в разі виявлення бажання пацієнткою до подальшого застосування контрацептиву дайте відповіді на запитання та інформацію, яка допоможе продовжити використання методу;
- допоможіть клієнтці вибрати інший метод контрацепції у разі незадоволення попереднім або при зміні ситуації, коли подальше застосування методу може бути ризикованим.

Невдача у застосуванні методу контрацепції:

- у разі настання вагітності слід обговорити ситуацію (бажано з обома партнерами), надати жінці необхідну підтримку та поради.
- визначте, чи наступила вагітність внаслідок неправильного застосування методу, і з'ясуйте причини.

Обстеження перед застосуванням методу

Одним із основних завдань консультанта з планування сім'ї є визначення стану здоров'я пацієнта та його партнера з метою усвідомленого вибору контрацептива.

Якщо жодних проблем не виявлено, то для вибору контрацептивних методів (за винятком внутрішньоматкових контрацептивів і добровільної стерилізації) не потрібно проводити додатковий загальний чи гінекологічний огляд.

У разі захворювання, яке становить тимчасову перешкоду до застосування обраного методу контрацепції, призначається лікування, а лише потім рекомендується даний контрацептив.

Перед прийняттям рішення щодо вибору певного методу контрацепції для практично здорових осіб проводиться обстеження відповідно до таблиці 11.

Будь-які захворювання чи інші стани специфічного характеру можуть потребувати додаткових обстежень та аналізів перед призначенням пацієнтці того чи іншого методу контрацепції.

Клас „А” – проведення даного обстеження/аналізу у всіх випадках гарантує безпеку та ефективність методу контрацепції.

Клас „В” – проведення даного обстеження/аналізу значною мірою забезпечує безпеку та ефективність методу контрацепції; однак доцільність таких обстежень/аналізів слід визначати з урахуванням загальної ситуації в системі охорони здоров'я і/чи системі надання медичних послуг; остаточне рішення необхідно приймати після оцінки ризиків, пов'язаних із відмовою від проведення того чи іншого обстеження або аналізу і потенційної вигоди, яку можна отримати у забезпеченні доступу до конкретного методу контрацепції.

Клас „С” – проведення даного обстеження чи аналізу не гарантує безпеки та ефективності методу контрацепції.

Наведена класифікація розроблена з урахуванням кореляції між проведенням обстежень/аналізів і гарантією безпечного користування конкретним методом контрацепції. При цьому дана класифікація не відображає доцільності проведення згаданих обстежень/аналізів за інших обставин. Наприклад, деякі обстеження/аналізи, які не відіграють вирішальної ролі у визначенні безпеки та ефективності методу контрацепції, можуть бути корисними у разі проведення превентивних заходів або у діагностиці, або під час оцінки різних патологічних станів.

Обстеження при призначенні різних методів контрацепції

Вид	КОК	КІК	ПТП	ІКП	Імплантат	ВМК	Презервативи	Діафрагми, шийкові ковпачки	Сперміциди	Жіноча стерилізація	Вазектомія
Обстеження молочних залоз лікарем	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	не проводиться
Обстеження органів тазу / статевих органів	С	С	С	С	С	А	С	А	С	А	а
Скринінг на предмет виявлення раку шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	не проводиться
Стандартні лабораторні аналізи	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну в крові	С	С	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику зараження ЗПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ЗПСШ, ВІЛ/СНІДу: лабораторні аналізи	С	С	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Вимірювання кров'яного тиску	***	***	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

Примітки:

* – жінкам з групи високого ризику зараження гонорейною чи хламідійною інфекцією не рекомендується введення ВМК, за винятком обставин, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з певних причин неможливо або неприйнятно; за наявності гнійного цервіциту або гонорейної / хламідійної інфекції вводити ВМК не можна до повного вилікування цих станів або наявності інших медичних показань до застосування даного методу контрацепції;

** – жінкам з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не рекомендується використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксинол-9; використання піхвових діафрагм та шийкових ковпачків, протизаплідний ефект яких забезпечується ноноксилоном-9, не рекомендується жінкам з ризиком зараження ЗПСШ, за винятком тих випадків, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з певних причин неможливо або неприйнятно;

*** – перед початком використання КОК, комбінованих ін'єкційних контрацептивів (КІК), протизаплідних таблеток прогестогенового ряду (ПТП), ін'єкційних контрацептивів прогестогенового ряду (ІКП) або вживлянням протизаплідного імплантату рекомендується виміряти кров'яний тиск; однак доступ до гормональної контрацепції для жінок не має обмежуватися через неможливість вимірювання кров'яного тиску;

**** – процедури, які виконуються із застосуванням місцевої анестезії.

У разі захворювання, яке становить тимчасову перешкоду до застосування обраного методу контрацепції, призначається лікування, а лише потім рекомендується даний контрацептив. Якщо лікування тривале, то пацієнту призначається така контрацепція, яка не протипоказана при цій хворобі.

У разі захворювання, при якому обраний пацієнткою метод є протипоказаним, рекомендується інший метод / засіб контрацепції.

За винятком презервативів (і меншою мірою діафрагми), жоден метод контрацепції не захищає від ЗПСШ, ВІЛ/СНІДу.

Для рекомендації щодо гормональних контрацептивів необов'язково проводити гінекологічний огляд, однак з профілактичною метою він рекомендується хоча б один раз на рік.

Методи контрацепції в післяпологовому періоді

Післяпологова контрацепція – це використання методів планування сім'ї після пологів з метою запобігання вагітності протягом перших 2–3 років після народження дитини, коли наступна вагітність може зашкодити здоров'ю матері або дитини.

У післяпологовому періоді рекомендуються доступні та безпечні методи планування сім'ї. Тому основне завдання лікарів у пологових стаціонарах, жіночих консультаціях і клініках/центрах планування сім'ї полягає в роз'ясненні пацієнтам необхідності контрацепції в післяпологовий період для збереження здоров'я жінок та попередження небажаної вагітності. Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження небажаної вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію.

Метод лактаційної аменореї (МЛА)

Проблема залежності відновлення овуляції від лактації досліджувалась протягом останнього десятиліття. За допомогою математичного моделювання показано, що для жінок, які годували грудьми до 6 міс., вірогідними факторами прогнозу відновлення менструальної функції є лише рівень пролактину після вигодовування та естріолу. МЛА дорівнює 209 днів. За даними різних досліджень, менструація відновлюється до 6 міс. після пологів у 11,1–39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА становить 93,5–100%. Контрацептивна ефективність МЛА знижується у випадках гіпогалакції та початку введення догодовувань для дитини, що слід враховувати.

Особливості:

- висока ефективність до 6 місяців – за умов виключно грудного годування і відсутності менструації (аменорея);
- починати годування грудьми слід відразу після пологів;
- значна користь як для здоров'я матері, так і дитини;
- дає час для вибору і підготовки до одержання хірургічного або іншого контрацептивного методу.

Зауваження:

- для максимальної ефективності годування має бути виключно грудним, не менше 8–10 разів на добу;
- за спроби відлучити від грудей або ввести догодовування ефективність методу знижується.

Контрацептиви прогестагенового ряду (імплантати, ПТП чи ППК).

Особливості:

- якщо жінка годує грудьми, слід уникати застосування прогестагенових контрацептивів у перші 6 тиж. після пологів, за винятком, коли інші методи неприйнятні або недоступні;
- при МЛА можна відкласти застосування прогестагенових контрацептивів до 6 міс. після пологів;

- якщо жінка не годує грудьми, слід відразу застосовувати прогестагенові контрацептиви;
- якщо жінка не годує грудьми і після пологів минуло понад 6 тиж. або в неї відновилися менструації, необхідно рекомендувати прогестагенові контрацептиви за умови відсутності вагітності;
- метод не впливає на якість і кількість грудного молока, а також на здоров'я дитини.

Зауваження:

- у перші 6 тиж. після пологів прогестаген може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;
- навіть у жінок, які годують грудьми, під час використання прогестагенових контрацептивів можуть з'явитися нерегулярні кров'янисті виділення.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

Особливості:

- вводяться постплацентарно, після КР або в післяпологовий період (протягом 48 год. після пологів);
- якщо ВМК не введено постплацентарно або протягом 48 год. після пологів, то цю процедуру слід відкласти до 4 тиж. після пологів;
- якщо під час годування грудьми у жінки відновилися менструації, ВМК вводяться будь-якого дня менструального циклу за умови відсутності вагітності;
- ВМК не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини;
- у разі введення ВМК жінці, яка годує грудьми, значно менше побічних явищ (кровотеча, біль).

Зауваження:

- ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологами (кровотеча, анемія, інфекції);
- для постплацентарного або післяпологового введення ВМК необхідний досвідчений персонал;
- для постплацентарного введення ВМК потрібне обстеження і консультація в пренатальний період;
- у матерів, які годують грудьми, менша частота випадків вилучення ВМК протягом першого року використання;
- вірогідність експульсії під час введення ВМК у післяпологовий період вища (6–10%), ніж за інтервального введення; однак найнижчий коефіцієнт експульсії під час введення ВМК високо в порожнину матки в перші 10 хв. після відходження плаценти;
- за інтервального введення ВМК через 4 тиж. після пологів процедура введення звичайна (не потребує спеціального навчання).

Добровільна хірургічна стерилізація

Особливості:

- проводиться відразу після пологів під час КР або протягом 7 днів після них;
- якщо стерилізація не проводиться протягом 7 днів після пологів, то відкладається до 6 тиж. після них;
- ідеально проводиться, коли жінка повністю одужала після пологів, і здоров'я дитини не викликає сумнівів;
- не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження:

- післяпологова міні-лапаротомія проводиться під місцевою анестезією (седацією), що зменшує ризик для матері і можливе тривале розлучення матері з дитиною;

- вазектомія чоловікові проводиться в будь-який час після пологів жінки; ефект настає з часом, тому протягом перших трьох місяців слід використовувати інші методи контрацепції.

Бар'єрні методи

Особливості:

Презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, свічок, кремів, пігулок, плівок використовуються в будь-який час після пологів і не впливають на кількість і якість грудного молока та на здоров'я дитини. Такі методи зручні як проміжні, якщо використання іншого методу відкладено.

Зауваження:

- бар'єрні методи на шийці матки (діафрагми зі сперміцидами) застосовуються через 6 тиж. після пологів;
- сперміциди вирішують проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, які годують).

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК)

Особливості:

- не рекомендуються для жінок, які годують, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 міс.);
- якщо жінка не годує грудьми, то КОК та КІК призначаються через 3 тиж. після пологів;
- КОК чи КІК у перші 6 міс. після пологів зменшують кількість грудного молока і негативно впливають на нормальний ріст дитини (цей вплив продовжується до 6 міс.);
- КОК чи КІК у перші 3 тиж. після пологів підвищують ризик тромбоутворення через вміст у них естрогенів.

Зауваження:

- КОК чи КІК є найменш прийнятними методами для матерів, які годують;
- через 3 тиж. після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- КОК чи КІК можуть використовувати жінки, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту початку використання контрацептивів жінка мала нормальний артеріальний тиск і була здоровою.

Методи розпізнавання фертильності

Особливості:

- не рекомендується до відновлення регулярних менструацій;
- можна почати вести карту через 6 тиж. після пологів, але обов'язково слід використовувати МЛА;
- не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження:

- цервікальний слиз важко „інтерпретувати” до відновлення регулярних менструацій (овуляцій);
- базальна температура тіла змінюється, якщо мати просинається вночі для грудного вигодування; тому метод дослідження підвищення температури зранку після овуляції не надійний.

Розділ 9. Інформаційне забезпечення населення

Під час реформування медичної галузі в цілому та перинатальної служби зокрема слід приділяти більше уваги інформуванню суспільства щодо суті та мети медичної реформи. Лікарі і населення мало поінформовані щодо змін у галузі охорони здоров'я та стосовно завдання її реформування – підвищення якості та доступності медичної допомоги для населення та поліпшення умов праці для лікарів, а також підготовка системи до впровадження медичного страхування.

Основними законодавчими актам, які регламентують реформування медичної галузі та потребують роз'яснення і широкого громадського обговорення, є Закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах – Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

У цих законах висвітлено ключові норми щодо забезпечення законодавчого підґрунтя для системної реформи медичного обслуговування відповідно до стратегічних напрямків, визначених у програмі Президента України «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

У результаті проведення інформаційних заходів медичні працівники та населення мають усвідомити основний зміст реформ систем охорони здоров'я інших країн:

- розмежування як за рівнями надання медичної допомоги, так і за функціями замовника і постачальника медичних послуг;
- 1. пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини;
- впровадження системи оцінки медичних технологій;
- підвищення ефективності управління, з метою якомога меншого дублювання функцій і завдань;
- створення умов для розширення самостійності постачальників медичних послуг – ЗОЗ.

Регіоналізація та реформування перинатальної служби здійснюється в рамках Національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства і дитинства», реалізація якого передбачає:

- *розвиток матеріальної бази* – придбання сучасного обладнання для відповідної допомоги матері та дитині, розвиток інноваційних перинатальних технологій, створення комфортних умов перебування матері і дитини, забезпечення сучасним технологічним транспортом для гарантованої своєчасної доставки пацієнта, безоплатне забезпечення медикаментами і витратними матеріалами;
- *людські ресурси* – забезпечення висококваліфікованими лікарськими кадрами; орієнтація медичного персоналу на пацієнта; запровадження міжнародних стандартів надання послуг, доброзичливих до жінки та дитини; створення комфортних умов для персоналу, стажування у клініках-партнерах за кордоном;
- *інформаційну підтримку* – формування мотивації до здорового способу життя та ознайомлення населення з ефективністю впровадження сучасних перинатальних технологій, у т.ч. роботи перинатальних центрів.

У ході реформування перинатальної служби з метою зняття соціальної напруги, яка є наслідком оптимізації мережі закладів перинатальної допомоги та закриття малопотужних пологових відділень, необхідно проводити роз'яснювальну роботу серед населення, у результаті якої кожна жінка репродуктивного віку має отримати інформацію про місце та обсяг амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги з приводу вагітності. Важливо довести до широкої громадськості невідповідність малопотужних ЗОЗ принципам безпечного материнства.

МОЗ України розробило алгоритм проведення роз'яснювальної роботи серед населення під час структурних змін у галузі і планує залучити до цієї роботи міжнародних експертів.

З метою підвищення рівня висвітлення змін, які відбуваються в галузі охорони здоров'я, проводиться низка інформаційних заходів, зокрема проведення прес-клубів, круглих

столів, гарячих телефонних ліній з реформування, створення відповідних розділів на веб-сайтах обласних управлінь охорони здоров'я тощо. На сайті МОЗ працює спеціальний розділ «Реформа медичного обслуговування» http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/, де можна ознайомитись з нормативними актами, інформацією про хід реформування, забезпеченням інформаційного супроводу тощо.

Інформаційна стратегія реформування галузі охорони здоров'я

Мета – позитивне сприйняття громадянами реформ і попередження ризиків негативного сприйняття реформування.

Завдання:

1. Створити постійний активний інформаційний супровід реформування галузі охорони здоров'я.
2. Надати населенню та медичним працівникам об'єктивну інформацію про здійснення реформ у медичній галузі, стан її проведення, проблемні питання та їх вирішення.
3. Консолідація зусиль щодо проведення реформ у галузі (участь у реформуванні, можливість висловити власну думку щодо подій у медичній сфері, причетність до процесу) – залучення широкого загалу (населення, громадських організацій, медичної спільноти тощо) до процесів, які відбуваються у галузі.
4. Робота над позитивним іміджем лікаря (підвищення довіри та поваги до лікарів).
5. Інформаційно-просвітницька, профілактична робота серед населення (оздоровчі, інформаційно-просвітницькі акції).

Ризики:

1. Неготовність громадськості сприймати реформу медичного обслуговування (страх нового, очікування змін на гірше).
2. Неготовність, небажання щось змінювати серед лікарів (відсутність мотивації).
3. Претензії до підготовки лікарів серед населення – недовіра до фахівців.
4. Можливість розгляду та трактування органами місцевого самоврядування суті та шляху медичної реформи на власний розсуд.
5. Упередженість, негативна реакція на зміни (реорганізацію, оптимізацію) в медичній сфері.
6. Відсутність швидких позитивних результатів.
7. Погіршення доступності/якості медичної допомоги на перехідних етапах реформи (побудови нової мережі, спеціалізації закладів охорони здоров'я).
8. Недостатній та необ'єктивний інформаційний супровід ЗМІ суті медичної реформи

Основні стратегічні напрямки інформаційної діяльності

1. Оцінка та моніторинг відношення населення до процесів реформування в галузі.

Методи:

- 1.1. Соціологічне дослідження (базове, проміжне, остаточно-оціночне).
- 1.2. Проведення опитування (телефонне опитування, анкетування, Інтернет).
- 1.3. Інформація щодо роботи «гарячих ліній» з реформування.
- 1.4. Моніторинг регіональних ЗМІ.

Моніторинг має бути сталим (сталі критерії оцінки, напрямки опитування, тематика) та послідовним, щоб можна було відстежити зміни настроїв та реагувати.

2. Робота з населенням.

Методи:

- 2.1. Широке інформування про хід реформ у галузі, насамперед пояснення проблемних моментів та широке висвітлення позитивних змін, конкретних прикладів

поліпшення допомоги (ЗМІ, зовнішня реклама, створення спеціальних ТБ та радіо програм, проведення інформаційно-просвітницьких акцій тощо).

2.2. Для зняття напруги та можливості «винести» негативні емоції – створення «телефонів довіри», «гарячих телефонних ліній», книг скарг та пропозицій (в медичних установах), форумів в Інтернеті.

2.3. Попередня пояснювальна робота з населенням конкретного району, де планується проведення заходів з оптимізації та реконструкції (скорочення ліжок, перепрофілювання закладів тощо).

3. Робота серед медичних працівників.

3.1. Широке висвітлення про хід реформ у галузі, у т.ч. в спеціалізованих медичних виданнях, на наукових конференціях тощо.

3.2. Організація семінарів, лекцій, виступів у медичній аудиторії щодо реформ.

3.3. Підготовка та розповсюдження інформаційних матеріалів щодо реформування (буклетів, постерів тощо).

3.4. Створення спеціальних Інтернет-форумів для лікарів.

4. Оцінка ефективності інформаційної стратегії та її корекція (табл. 12).

Основні напрямки інформаційної діяльності

Напрямок діяльності	Захід
Оцінка та моніторинг	Соціологічне дослідження (інформаційна кампанія за результатами)
	Опитування населення (використання як інформаційного приводу)
Створення (систематизація роботи) call-центру з питань реформування та/або створення «гарячих ліній» з питань реформування (центральної та регіональних)	Інформаційно-рекламна кампанія щодо створених інструментів моніторингу (реклама на ТБ, радіо, в пресі, зовнішня реклама, постери в лікувальних закладах тощо)
	Використання інформації як інформаційного приводу
Створення порталу для медичних працівників із закритим та/або відкритим доступом для обговорення питань реформування	Інформаційно-рекламна кампанія щодо Порталу в спеціалізованих виданнях, рекламний матеріал у медичних установах, інформація через інші медичні форуми
	Використання матеріалів порталу для інформаційних повідомлень, публікацій тощо
Створення на офіційних сайтах обласних держадміністрацій та Київської міськдержадміністрацій розділів з реформування	Можливість обговорення ходу реформ
Створення медичного Інтернет-ресурсу з основним з напрямків реформування для населення	Інформаційно-рекламна кампанія щодо створених інструментів моніторингу (реклама на ТБ, радіо, в пресі, зовнішня реклама, постери в лікувальних закладах тощо)
	Використання матеріалів для інформаційних повідомлень
Створення телевізійної програми (програм), присвяченої позитивним прикладам реформування, створенню позитивного іміджу лікаря-рятувальника (конкретні історії, конкретних людей)	Створення програми про позитивні приклади медичної допомоги взагалі, та реформи зокрема (конкретні приклади, люди, лікарі, герої)
	Створення програми про швидку допомогу на кшталт «Допомога 911»
	Створення телевізійних шкіл відповідального батьківства
Створення радіопрограми (програм), присвячених темі реформування (по типу: питання – відповідь).	Використання програми для інформування про хід реформ, відповідей на актуальні питання
Створення постійних рубрик, розділів у друкованих ЗМІ, спрямованих на висвітлення реформ та створення позитивного іміджу лікарів	Розміщення в друкованих ЗМІ постійних колонок, присвячених реформам
	Розміщення тематичних розділів (наприклад кращі лікарі)
	Створення тематичних номерів, присвячених медичній тематиці
Зовнішня реклама, інформаційно-просвітницька друкована продукція	Створення та розповсюдження реклами щодо найбільш успішних прикладів (здобутків) реформування – відкриття амбулаторій, поліпшення стану здоров'я населення певного району, де відкрилась амбулаторія, оснащення швидких тощо
	Створення та розповсюдження інформаційних матеріалів про реформи для медичних працівників
	Створення та розповсюдження інформаційних матеріалів роз'яснювального характеру серед населення
Проведення інформаційно-просвітницьких акцій серед населення (із залученням громадських організацій)	«Дні здоров'я» на базі первинної ланки – залучення населення до профілактичних оглядів, створення умов для їх проходження

На етапі реформування системи медичного забезпечення населення України слід зрозуміти, що ЗОЗ I рівня, які фінансуватимуться місцевими органами самоврядування, матимуть більш виражену профілактичну складову. Саме тому сьогодні на досвіді пілотних регіонів країни у порівнянні з закордонним досвідом важливо продемонструвати на рівні місцевих громад нові підходи до інформування населення, проведення комплексних комунікативних кампаній, формування комунікативної грамотності та підготовленості населення.

На рівні регіону інформування населення проводять структурні підрозділи управлінь охорони здоров'я (центри планування сім'ї, обласні центри здоров'я, ЗОЗ).

Однією з відмінностей сучасної медичної послуги є отримання інформованої згоди пацієнта на будь-яке втручання, яке передбачає персональне інформування кожного пацієнта та членів його родини про необхідність, можливі ризики та альтернативи втручання, наслідки бездіяльності тощо. Тому інформування вагітних є важливою складовою роботи лікаря акушера-гінеколога, лікаря загальної практики / сімейної медицини та передбачене в заходах «Графіка візитів вагітної до лікаря», затвердженого наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Кожна вагітна має своєчасно отримати вичерпну інформацію про пологові стаціонари, в яких вона може отримати стаціонарну акушерську допомогу відповідно до ступеня материнського та перинатального ризику.

Школи відповідального батьківства

Організація роботи шкіл підготовки сімей до пологів визначена додатком № 10, затвердженим наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. №417.

Мета – підготовка сімейної пари до відповідального батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері шляхом консультативної адаптації до вагітності, підготовки до пологів та перебігу післяпологового періоду.

Заняття у школах відповідального батьківства повинен проводити підготовлений персонал: лікарі акушери-гінекологи, акушерки, неонатологи, психологи. Навчання можна проводити у жіночих консультаціях, центрах репродуктивного здоров'я, акушерських стаціонарах (відділеннях патології вагітності), навчальних закладах, в установах реєстрації цивільного стану.

Практичний досвід функціонування шкіл відповідального батьківства в ЗОЗ дає змогу надати такі рекомендації щодо реалізації вимог наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417:

- до викладання в даних школах необхідно залучити лікарів медичних психологів;
- на перехідному етапі такі школи слід створити при жіночих консультаціях, після завершення реформування галузі – у центрах первинної медико-санітарної допомоги;
- зазначені школи доцільно створити при пологових стаціонарах для пацієнток з відділень патології вагітності, психологічної підтримки в пологах, ведення пологів та післяпологового періоду на засадах сучасних перинатальних технологій;
- тематику курсу «Про післяпологовий період» слід висвітлювати на етапі післяпологових відділень;
- в пологових стаціонарах друковані матеріали, де висвітлюються основні моменти післяпологового догляду, важливо поширювати та роздавати кожній породіллі;
- в перинатальних центрах школи відповідального батьківства необхідно створити на етапі відділень патології вагітності.

Обладнання санітарного транспорту для транспортування вагітної/роділлі/породіллі

Обладнання має бути в робочому стані та готове до використання. Персонал має знати, де розташоване основне обладнання та комплекти для надання невідкладної допомоги.

Обладнання для дихальної підтримки та оксигенотерапії:

1. Кисневий(і) балон(и) із запасом кисню мінімум на 2 год. або транспортний кисневий концентратор.
2. Реанімаційний мішок для дорослих з лицевими масками різних розмірів.
3. Набір інтубаційних трубок і провідників до них.
4. Ротовий повітровід.
5. Ларингеальна маска.
6. Ларингоскоп з набором клинків.
7. Щипці Мегіла.
8. Назальні канюлі та/або маски для оксигенотерапії.
9. Транспортний апарат для ШВЛ.
10. Відсмоктувач портативний електричний.
11. Відсмоктувач портативний з механічним приводом.
12. Катетери для санації трахео-бронхіального дерева та ротоглотки.

Додаткове обладнання для серцево-легеневої та церебральної реанімації:

1. Дефібрилятор.
2. Медикаменти для проведення серцево-легеневої та церебральної реанімації.
3. Набір для катетеризації центральних вен.

Апаратура для спостереження за станом життєво важливих функцій:

1. Кардіотокограф.
2. Портативний поліфункціональний монітор (частота дихання, SpO₂, ЧСС, ЕКГ, не інвазійне / інвазійне вимірювання артеріального тиску) з візуальними і слуховими сигналами тривоги.
3. Глюкометр або тест-смужки.

Акушерський набір:

1. Набір для пологів.
2. Акушерський стетоскоп.

Інфузійні розчини та обладнання для їх введення:

1. Колоїди – 1000 мл.
2. Кристалоїди – 3000 мл.
3. Гідрокарбонат натрію 4% – 250 мл.
4. Глюкоза 5% – 500 мл.
5. Глюкоза 10% – 500 мл.
6. Внутрішньовенні катетери ≤18 G (по 2 кожного розміру).
7. Шприцевий дозатор (ПЕРФУЗОР) і стерильні продовжувачі до нього.
8. Шприци (50 мл, 20 мл, 10 мл, 5 мл, 2 мл).

Медикаментозні засоби для боротьби з коагулопатією:

1. Рекombінантний VIIa фактор.
2. Концентрат протромбінового комплексу.
3. Транексамова кислота.
4. Етамзилат натрію.

Медикаментозне забезпечення:

1. Антikonвульсанти (діазепам, тіопентал натрію, магнію сульфат).
2. Утеротоніки (окситоцин, карбетоцин).
3. Діуретики (фуросемід, трифас).
4. Гіпотензивні препарати (ніфедіпін, урапіділ, лабеталол).
5. Вазопресорні засоби (адреналін, дофамін, добутамін).
6. Анальгетики (наркотичні та ненаркотичні).
7. Антигістамінні засоби.
8. Серцево-судинні засоби (атропін, лідокаїн, аміодарон).
9. Антибіотики (цефалоспорини, аміноглікозиди, макроліди).
10. Міорелаксанти.

Витратні матеріали:

1. Бікс зі стерильними халатами і пелюшками.
2. Бікс зі стерильним матеріалом (серветки, вата тощо).
3. Бинти.
4. Стерильні пінцет, затискач, ножиці.
5. Джгут.
6. Шлункові зонди.
7. Сечові катетери.
8. Лейкопластир.
9. Стерильні та одноразові гумові рукавички.
10. Стетоскоп.
11. Антисептик для обробки рук.
12. Етиловий спирт.
13. Флакони з дистильованою водою, фурациліном.
14. Резервні датчики (електроди) для моніторів.
15. Додаткове джерело світла.

Забезпечення виїзної неонатальної бригади

Спеціалізований автомобіль:

1. Достатня амортизація з урахуванням стану доріг (запобігання вібрації та поштовхів).
2. Теплогенератор салону автомобілю і можливість достатньої герметизації салону.
3. Відповідне енергозабезпечення для підключення апаратури.
4. Можливість надійної фіксації обладнання.
5. Наявність місць для розташування членів бригади і обладнання.

Забезпечення теплового захисту:

1. Транспортний інкубатор з серво-контролем температури тіла дитини і системою аварійної сигналізації.
2. Рулон алюмінієвої фольги і/або харчової поліетиленової плівки.
3. Одяг (шапочки, шкарпетки, рукавички, підгузники), пелюшки і ковдра для новонародженої дитини.
4. Додатково – повітряний або гідроматрац з блоком підігріву.

Обладнання для серцево-легеневої реанімації, дихальної підтримки та оксигенотерапії:

1. Балон(и) з киснем і редуктором (запас кисню мінімум на 2 год.).
2. Компресор або балон(и) з повітрям (запас повітря мінімум на 2 год.).
3. Стерильні кисневі трубки.
4. Реанімаційний мішок з масками 2 розмірів.
5. Ларингоскоп з клинками 2 розмірів (№0 і №1), запасними батарейками і лампочками. Клинок №00 – опція.
6. Інтубаційні трубки всіх розмірів і провідник.
7. Ротовий повітровід.
8. Назальні канюлі для СРАР (позитивний тиск під час видиху) терапії.
9. Назальні канюлі для кисневої терапії.
10. Апарат ШВЛ для новонароджених з живленням від бортової електромережі автомобіля та від акумуляторів.
11. Набір для дренивання плевральної порожнини.
12. Тепловологообмінник.

Обладнання для санації верхніх дихальних шляхів:

1. Відсмоктувач портативний електричний.
2. Відсмоктувач портативний з механічним приводом.
3. Катетери для санації (6–10 Fr).
4. Одноразові гумові балончики.

Обладнання для спостереження за станом життєво важливих функцій:

1. Портативний пульсоксиметр АБО.
2. Портативний полі функціональний монітор (частота дихання, SpO₂, ЧСС, ЕКГ, неінвазійне/інвазійне вимірювання артеріального тиску) з візуальними і слуховими сигналами тривоги.
3. Транскутанний монітор раСО₂ (опція).
4. Електронний термометр.
5. Глюкометр або тест-смужки.

Обладнання для введення медикаментів:

1. Інфузійні помпи (перфузори) на акумуляторах.
2. Шприци (1,0–50,0 мл).
3. Пупкові катетери (5, 8 Fr) з набором для катетеризації.
4. Подовжувачі і перехідники.

5. Судинні катетери (19–27G).

Оснащення загального призначення і витратні матеріали:

1. Бікс зі стерильними халатами і пелюшками.
2. Бікс зі стерильним матеріалом (серветки, вата тощо).
3. Бинти.
4. Стерильні пінцет, затискач, ножиці.
5. Джгут.
6. Шлункові зонди (6–8 Fg).
7. Сечові катетери.
8. Лейкопластир.
9. Стерильні та одноразові гумові рукавички.
10. Стетоскоп.
11. Гемостатична губка.
12. Антисептик для обробки рук.
13. Етиловий спирт.
14. Флакони з дистильованою водою, фурациліном.
15. Резервні датчики (електроди) для моніторів.
16. Додаткове джерело світла.

Основні групи медичних препаратів:

1. Антибіотики.
2. Знеболювальні.
3. Седативні.
4. Протисудомні.
5. Міорелаксанти.
6. Вазоактивні.
7. Антигеморагічні.
8. Простагландин E₁.
9. Стероїди.
10. Сурфактант.
11. Антиаритмічні.
12. Антагоністи опіюїдів.
13. Розчини: розчин натрію хлориду (0,9%); розчини глюкози (5%, 10%, 40%); розчин натрію гідрокарбонату – 4,2% (4%).

Критерії оцінки функціональних можливостей закладів перинатальної допомоги I рівня

Таблиця 1

Критерії оцінки акушерського персоналу в закладах I рівня

Акушерський персонал	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Лікарі		
Завідувач пологового відділення	Сертифікований акушер-гінеколог	
Акушери-гінекологи (необхідний персонал буде визначено)	2 або 3 необхідно	
<i>Акушерське відділення повинно мати зв'язок з такими спеціалістами</i>		
Хірург	Консультативна служба. Необхідно	
Терапевт	Консультативна служба. Необхідно	
Анестезіолог, який спеціалізується в акушерстві	Необхідно чергування на дому 24 год. / добу	
Патологоанатом	Консультативна служба. Необхідно	
Рентгенолог	Консультативна служба. Необхідно	
Лікар УЗД	Консультативна служба. Необхідно	
Акушерки		
Головна акушерка	Має компетенцію в акушерстві	
Співвідношення акушерка/пацієнт у пологах (буде визначено)		

Таблиця 2

Критерії оцінки акушерських можливостей та послуг у закладах I рівня

Акушерські можливості та послуги	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Компоненти акушерського догляду		
Спостереження за неускладненою вагітністю та новонародженим	Необхідно	
Оцінка ризику всіх пацієнтів зі встановленою системою розподілу / направлення пацієнтів для визначення групи високого ризику до пологів	Необхідно	
Можливість екстреної допомоги	Необхідно	
Забезпечення вчасного виявлення та лікування ускладнень, які виникли під час вагітності та пологів	Необхідно	

Акушерські можливості та послуги	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Кваліфікований персонал, що має змогу вчасно надати екстрену акушерську та неонатальну допомогу	Необхідно	
Сертифікований персонал, навчений неонатальній реанімації	Необхідно	
Персонал, який має змогу проводити комплекс розширеної реанімаційної допомоги, включаючи ендотрахеальну інтубацію та призначення препаратів під час пологів	Необхідно	
Початок екстреного КР протягом 30 хв. після прийняття рішення	Необхідно	
Забезпечення переливання крові та свіжозамороженої плазми 24 год. / добу	Необхідно	
Фармацевтична служба	Необхідно	
Анестезіологічна служба	Необхідно чергування вдома протягом 24 год. / добу	
Рентген-служба	Необхідно чергування вдома протягом 24 год. / добу	
УЗД	Необхідно чергування вдома протягом 24 год. / добу	
Клінічна лабораторія	Необхідно чергування вдома протягом 24 год. / добу	
Можливість безперервного моніторингу серцебиття плода	Необхідно	
Інші служби, необхідні для акушерської допомоги		
Служба підтримки грудного вигодовування	Необхідно	
Діагностичні методи		
Аntenатальні дослідження плода (не стресовий тест, біофізичний профіль плода, Допплер)	Рекомендовано	
Діагностичний ультразвук	Необхідно	
<i>Акушерські відділення повинні мати доступ та консультативну допомогу від таких служб</i>		
Загальна хірургія	Консультативні сервіси. Рекомендовано	
Терапія	Консультативні сервіси.	

Акушерські можливості та послуги	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
	Рекомендовано	
Патанатомія	Консультативні сервіси. Необхідно	
Інфекційний контроль	Необхідно	
Механізми спостереження вдома	Рекомендовано	

Таблиця 3

Критерії оцінки акушерських протоколів / політики підвищення якості в закладах I рівня

Акушерські протоколи / політика підвищення якості	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Акушерські компоненти		
Критерії оцінки ризику	Необхідно	
Критерії для консультації / транспортування і переведення	Необхідно	
Протокол допомоги, орієнтованої на сім'ю	Необхідно	
Політика грудного вигодовування: новонароджені з групи низького ризику залишаються з матерями до завершення першого грудного вигодовування; неонатальний догляд надається на сумісному перебуванні з матір'ю; новонароджені після КР приносяться до матерів протягом першої години після операції чи 30 хв. після закінчення операції, коли мати просинається після наркозу, та перебувають разом з матерями	Необхідно	
Протокол ранньої виписки	Необхідно	
Протокол функціональних обов'язків лікаря	Необхідно	
Безперервна програма підвищення якості послуг	Необхідно	
Збір даних, підвищення якості акушерської та неонатальної допомоги		
Збір моніторингових даних та їх аналіз	Необхідно	
Мультидисциплінарні постійні програми щодо підвищення материнських і неонатальних показників	Необхідно	
Внутрішні розгляди материнських, антенатальних і неонатальних причин смертності, так само як і переведення матерів та новонароджених	Необхідно	
Мультидисциплінарні дискусії та періодичні огляди діяльності перинатальної програми, включаючи всі смерті, переведення та народження дітей з екстремально низькою масою тіла. Необхідною умовою є пошук шляхів вирішення проблем	Необхідно	

Таблиця 4

Критерії оцінки акушерського обладнання в закладах I рівня

Акушерське обладнання	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
-----------------------	----------------------	----------------

Акушерське обладнання	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Компоненти акушерського обладнання		
<i>Всебічна допомога матері може надаватися для груп низького та високого ризику, а також новонародженим в окремій кімнаті. Необхідною умовою є домашня атмосфера та догляд, орієнтований на сім'ю, із забезпеченням допомоги групам високого ризику в кімнатах народження-відновлення та кімнатах народження-відновлення-післяпологова. Кожна кімната призначена для всіх типів пологів, виключаючи КР. Протягом пологів, народження та відновлення жінка знаходиться у кімнаті пологи-відновлення, і допомога може бути продовжена у кімнатах пологи-відновлення-післяпологова. Медичні сестри, які надають допомогу в цих кімнатах, досвідчені у веденні вагітності, пологів та післяпологового періоду, так само як і в наданні неонатальної допомоги, таким чином зручно розподіляється персонал та безперервна якість надання медичної допомоги</i>		
Пологове відділення (пологові кімнати та операційна)		
Відповідно обладнане для пологів приміщення	Необхідно	
Адекватне за розмірами приміщення для партнерів, персоналу та відповідне обладнання	Необхідно	
Адекватна вентиляція і температурний контроль	Необхідно	
Площа для зберігання одягу пацієнта та персональних речей	Необхідно	
Адекватне освітлення для оглядів	Необхідно	
Система екстреного виклику та система зв'язку	Необхідно	
Апарат для вимірювання артеріального тиску та стетоскоп	Необхідно	
Інфузомат	Необхідно	
Фетальний монітор	Необхідно	
Підведення кисню та відсмоктувача	Необхідно	
Доступ до душу для пацієнок у пологах	Необхідно	
Умови для зберігання обладнання	Необхідно	
Пологове ліжко (трансформер або функціональне ліжко)	Необхідно	
Інструментальний столик та умивальник для хірургічної обробки рук	Необхідно	
Інструменти та обладнання для вагінальних пологів, ушивання розривів, КР та ведення ургентних акушерських ускладнень	Необхідно	
Обладнання для в/в введення рідин	Необхідно	
Обладнання для всіх видів анестезії, у т.ч. для екстреної реанімаційної допомоги матері	Необхідно	
Індивідуальне підведення кисню, повітря, відсмоктувача для матері та новонародженого	Необхідно	
Годинник із секундною стрілкою	Необхідно	
Умивальник для миття рук	Необхідно	
Ультразвукове обладнання, яке використовується для пологових кімнат	Необхідно	
Глюкометр	Необхідно	
Обладнання для зондового годування	Необхідно	

Критерії оцінки неонатального персоналу в закладах I рівня

Неонатальний персонал	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Компоненти неонатального персоналу		
Лікарі відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими		
Завідувач відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими	Сертифікований неонатолог	
Неонатолог (кількість необхідно визначити)	2 або 3 необхідно	
Медсестри		
Старша медсестра	Компетенція в неонатології. Необхідно	
Дитячі медсестри (кількість необхідно визначити)	Компетенція в догляді за здоровим та хворим новонародженим. Необхідно	
Персонал у зміні (кількість необхідно визначити)	Компетенція у догляді за здоровим та хворим новонародженим. Необхідно	

Критерії оцінки обсягу неонатальної допомоги в закладах I рівня

Обсяг неонатальної допомоги	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Обсяг неонатальної допомоги		
Неонатальна допомога здоровим новонародженим	Необхідно	
Стабілізаційна допомога новонародженому (стабілізація стану новонародженого до переведення на вищий рівень)	Необхідно	
Програма навчання батьків	Необхідно	
Екстрена допомога	Необхідно	
Можливість надання неонатальної реанімаційної допомоги	Необхідно	
Кваліфікація персоналу для допомоги при ургентних станах новонароджених	Необхідно	
Володіння навичками проведення початкового обсягу реанімаційної допомоги, яка може надаватися терміново протягом пологів	Необхідно	
Наявність спеціаліста з проведення повного обсягу реанімаційної допомоги,	Необхідно	

Обсяг неонатальної допомоги	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
включаючи ендотрахеальну інтубацію та призначення медикаментів; ця допомога може надаватися терміново протягом пологів		
Можливість стабілізації стану всіх новонароджених, у т.ч. з низькою вагою та хворих, до переведення на III рівень надання допомоги	Необхідно	
Можливість транспортування новонароджених	Необхідно	
Можливість проведення рентгенографії	Консультативні сервіси. Необхідно	
Можливість проведення УЗД	Консультативні сервіси. Необхідно	
Доступ до клінічної лабораторії	Необхідно чергування вдома 24 год. / добу	
Патолого-анатомічна служба	Консультативні сервіси. Необхідно	
Оцінка розвитку дитини, спостереження і догляд до виписки	Необхідно	
Тісний зв'язок з III рівнем надання допомоги у перинатальному центрі	Необхідно	
Надання медсестринської допомоги вдома (патронаж)	Рекомендовано	

Таблиця 7

Критерії оцінки неонатальних протоколів / політики підвищення якості в закладах I рівня

Неонатальні протоколи / політика підвищення якості	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Неонатальний компонент		
Критерії оцінки ризику новонародженого	Необхідно	
Критерії для призначення консультацій, транспортування, переведення	Необхідно	
Допомога, орієнтована на сім'ю	Необхідно	
Грудне вигодовування: новонароджені з групи низького ризику залишаються з матерями до завершення першого грудного вигодовування; неонатальний догляд надається на сумісному перебуванні з матір'ю; новонароджені після КР приносяться до матерів протягом першої години після операції чи 30 хв. після закінчення операції, коли мати просинається після наркозу, та перебувають разом з матерями	Необхідно	
Проведення первинного огляду неонатологом	Необхідно	
Можливість стабілізації стану новонародженого	Необхідно	
Рутинний догляд за новонародженим	Необхідно	
Підготовка новонародженого до виписки	Необхідно	
Перелік практичних навичок для медичних сестер	Необхідно	
Перелік практичних навичок для лікарів	Необхідно	

Збір даних, підвищення якості акушерської та неонатальної допомоги		
Збір моніторингових даних та їх аналіз	Необхідно	
Мультидисциплінарні постійні програми щодо підвищення материнських і неонатальних показників	Необхідно	
Внутрішні розгляди материнських, антенатальних і неонатальних причин смертності, так само як і переведення матерів та новонароджених	Необхідно	
Мультидисциплінарні дискусії та періодичні огляди діяльності перинатальної програми, включаючи всі смерті, переведення та народження дітей з екстремально низькою масою тіла; необхідною умовою є пошук шляхів вирішення проблем	Необхідно	

Таблиця 8

Критерії оцінки неонатального обладнання в закладах I рівня

Обладнання для надання неонатальної допомоги	Критерії для I рівня	Заклад (назва)
Реанімація / стабілізація		
<i>Обов'язкова наявність реанімаційного столика у разі надання реанімаційної допомоги новонародженому в пологах; новонароджені, стан яких потребує стабілізації, переводяться до палати інтенсивної терапії та/чи на III рівень надання допомоги до перинатального центру</i>		
Відповідне обладнання для реанімації новонароджених		
Джерело променевого тепла, регульоване залежно від температури новонародженого	Необхідно	
Реанімаційний столик для новонародженого /для огляду, доступного з 3 боків	Необхідно	
Настінний годинник (бажано Апгар-таймер)	Необхідно	
Обладнання та медикаменти, рекомендовані Національним наказом з реанімації (ларингоскоп з двома видами клинків, ендотрахеальними трубками та мішками Амбу з двома видами масок для доношених і недоношених новонароджених)	Необхідно	
Зволожений кисень, відсмоктувач, які є окремі від материнського	Необхідно	
Обладнання для огляду новонародженого та надання невідкладної допомоги	Необхідно	
Набір для катетеризації вени пуповини	Рекомендовано	
Пульсоксиметр	Необхідно	
Інфузомат		
Лампа фототерапії	Необхідно	
Прилад для вимірювання тиску новонародженого з неонатальними манжетками	Необхідно	
Глюкометр	Необхідно	
Обладнання для зондового харчування	Необхідно	

Критерії оцінки функціональних можливостей закладів перинатальної допомоги II рівня

Таблиця 1

Критерії оцінки акушерського персоналу в закладах II рівня

Акушерський персонал	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
<i>Лікарі акушери-гінекологи</i>		
Завідувач пологового відділення	Сертифікований з акушерства, гінекології. Необхідно	
Акушер-гінеколог (необхідний персонал буде визначено)	Сертифікований з акушерства, гінекології. Необхідно	
Відповідальна особа за навчальний процес – акушерство	Сертифікований з акушерства, гінекології. Вкрай рекомендовано	
<i>Акушерське відділення повинно мати зв'язок з такими спеціалістами</i>		
Хірург	Необхідно	
Нейрохірург	Рекомендовано	
Невролог	Рекомендовано	
Хірург-ортопед	Рекомендовано	
Уролог	Рекомендовано	
Отоларинголог	Рекомендовано	
Кардіолог	Рекомендовано	
Генетик	Рекомендовано	
Терапевт	Необхідно	
Анестезіолог, який спеціалізується в акушерстві	Необхідно	
Патологоанатом	Необхідно	
Лікар УЗД	Необхідно	
<i>Акушерки</i>		
Головна акушерка	Спеціальність акушерки. Необхідно	
Співвідношення акушерка / пацієнт у пологах (буде визначено)		

Критерії оцінки акушерських можливостей та послуг у закладах II рівня

Акушерські можливості та послуги	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
Компоненти акушерського догляду		
Спостереження за неускладненою вагітністю та новонародженим	Необхідно	
Ведення жінок з вагітністю високого ризику в терміні >34 тиж.	Необхідно	
Оцінка ризику всіх пацієнтів зі встановленою системою розподілу / направлення пацієнтів для визначення групи високого ризику, яких слід перевести на III рівень надання допомоги до початку пологів	Необхідно	
Можливість екстреної допомоги	Необхідно	
Забезпечення вчасного виявлення та лікування ускладнень, які виникли під час вагітності та пологів	Необхідно	
Кваліфікований персонал, що має змогу вчасно надати екстрену акушерську та неонатальну допомогу	Необхідно	
Сертифікований персонал, навчений неонатальній реанімації	Необхідно	
Персонал, який має змогу проводити комплекс розширеної реанімаційної допомоги, включаючи ендотрахеальну інтубацію та призначення препаратів під час пологів	Необхідно	
Початок екстреного КР протягом 30 хв. після прийняття рішення	Необхідно	
Забезпечення переливання крові та свіжозамороженої плазми 24 год. / добу	Необхідно	
Фармацевтична служба	Необхідно	
Анестезіологічна служба	Рекомендовано 24 г/добу	
УЗД	Необхідно	
Портативний рентген-апарат	Рекомендовано (якщо рентген є у тій же самій будівлі, тоді портативний апарат не потрібен)	
Клінічна лабораторія 24 год. / добу	Необхідно	
Можливість безперервного моніторингу серцебиття плода	Необхідно	
Інші служби, необхідні для акушерської допомоги		
Служба підтримки грудного вигодовування	Необхідно	
Діагностичні методи	Необхідно	
Аntenатальні дослідження плода (не стресовий тест, біофізичний профіль плода)	Необхідно	
Дослідження, що підтверджують зрілість легень плода	Рекомендовано	
Діагностичне УЗД	Необхідно	

<i>Акушерські відділення повинні мати доступ та консультативну допомогу від таких служб</i>		
Загальна хірургія	Необхідно	
Торакальна хірургія	Рекомендовано	
Нейрохірургія	Рекомендовано	
Ортопедична хірургія	Рекомендовано	
Урологія	Рекомендовано	
Отоларингологія	Рекомендовано	
Кардіологія	Рекомендовано	
Генетична консультація	Рекомендовано	
Терапія	Рекомендовано	
Патанатомія	Необхідно	
Інфекційний контроль	Необхідно	

Таблиця 3

Критерії оцінки акушерських протоколів / політики підвищення якості в закладах II рівня

Акушерські протоколи / політика підвищення якості	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
<i>Акушерські компоненти</i>		
Критерії оцінки ризику	Необхідно	
Критерії для консультації / транспортування та переведення вагітних і породіль	Необхідно	
Протокол допомоги орієнтованої на сім'ю	Необхідно	
Грудне вигодовування: новонароджені з групи низького ризику залишаються з матерями до завершення першого грудного вигодовування; неонатальний догляд надається на сумісному перебуванні з матір'ю; новонароджені після КР приносяться до матерів протягом першої години після операції чи 30 хв. після закінчення операції, коли мати просинається після наркозу, та перебувають разом з матерями	Необхідно	
Протокол ранньої виписки	Необхідно	
Протокол обов'язків персоналу (медична сестра, акушерка, медсестра-анестезист)	Необхідно	
Протокол функціональних обов'язків лікаря	Необхідно	
Безперервна програма підвищення якості послуг	Необхідно	
<i>Збір даних, підвищення якості акушерської та неонатальної допомоги</i>		
Збір моніторингових даних та їх аналіз	Необхідно	
Мультидисциплінарні постійні програми покращення материнських і неонатальних показників	Необхідно	
Внутрішні розгляди материнських, антенатальних та неонатальних причин смертності, так само як і переведення матерів та новонароджених до інших спеціалізованих відділень і ЗОЗ	Необхідно	

Мультидисциплінарні дискусії та періодичні огляди діяльності перинатальної програми, включаючи всі смерті, переведення та народження дітей з критично низькою масою тіла; необхідною умовою є пошук шляхів вирішення проблем	Необхідно	
--	-----------	--

Таблиця 4

Критерії оцінки акушерського обладнання в закладах II рівня

Акушерське обладнання	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
Компоненти акушерського обладнання		
<i>Всебічна допомога матері може надаватися для груп низького та високого ризику, а також новонародженим в окремій кімнаті. Необхідною умовою є домашня атмосфера та догляд, орієнтований на сім'ю, із забезпеченням допомоги групам високого ризику в кімнатах народження-відновлення та кімнатах народження-відновлення-післяпологова. Кожна кімната призначена для всіх типів пологів, виключаючи КР. Протягом пологів, народження та відновлення жінка знаходиться у кімнаті пологи-відновлення, і допомога може бути продовжена у кімнатах пологи-відновлення-післяпологова. Медичні сестри, які надають допомогу в цих кімнатах, досвідчені у веденні вагітності, пологів та післяпологового періоду, так само як і в наданні неонатальної допомоги, таким чином зручно розподіляється персонал та безперервна якість надання медичної допомоги</i>		
Пологове відділення (пологові кімнати та операційна)		
Відповідно обладнане для пологів приміщення	Необхідно	
Належне за розмірами приміщення для партнерів, персоналу та відповідного обладнання	Необхідно	
Площа для зберігання одягу пацієнта та персональних речей	Необхідно	
Належне освітлення для оглядів	Необхідно	
Система екстреного виклику та система зв'язку	Необхідно	
Апарат для вимірювання артеріального тиску та стетоскоп	Необхідно	
Інфузомат	Необхідно	
Фетальний монітор	Необхідно	
Підведення кисню та відсмоктувача	Необхідно	
Доступ до душу для пацієнок у пологах	Необхідно	
Умови для зберігання обладнання	Необхідно	
Пологове ліжко (трансформер або функціональне ліжко)	Необхідно	
Інструментальний столик та умивальник для хірургічної обробки рук	Необхідно	
Інструменти та обладнання для вагінальних пологів, ушивання розривів, КР та ведення ургентних акушерських ускладнень	Необхідно	
Обладнання для в/в введення рідин	Необхідно	
Обладнання для всіх видів анестезії, у т.ч. для екстреної реанімаційної допомоги матері	Необхідно	
Індивідуальне підведення кисню, повітря, відсмоктувача для матері та	Необхідно	

новонародженого		
Годинник з секундною стрілкою	Необхідно	
Умивальник для миття рук	Необхідно	
Ультразвукове обладнання, яке використовується для пологових кімнат	Вкрай рекомендовано	
Глюкометр	Необхідно	
Обладнання для зондового годування	Необхідно	

Таблиця 5

Критерії оцінки неонатального персоналу в закладах II рівня

Неонатальний персонал	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
<i>Лікарі відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими</i>		
Завідувач відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими	Сертифікований неонатолог	
Неонатолог	Необхідний	
Дитячий хірург	Рекомендовано мати	
Офтальмолог	Рекомендовано мати	
Дитячий кардіолог	Рекомендовано мати	
Дитячий анестезіолог	Рекомендовано мати	
Патологоанатом	Необхідний	
Спеціаліст з УЗД	Необхідний	
Спеціаліст з рентгенографії	Необхідний	
<i>Медсестри</i>		
Старша медична сестра неонатального відділення	Дипломована медсестра з неонатального догляду	
Дитячі медсестри (кількість необхідно визначити)	Дипломовані медсестри з неонатального догляду	
Персонал у зміні (кількість необхідно визначити)		

Критерії оцінки обсягу неонатальної допомоги в закладах II рівня

Обсяг неонатальної допомоги	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
Компоненти неонатальної служби		
Неонатальна допомога здоровим	Необхідно	
Неонатальна допомога хворим новонародженим з проблемами, які не потребують тривалого лікування та швидко нівелюються	Необхідно	
Допомога при таких станах у недоношених дітей: апноє недоношених дітей, неможливість утримувати температуру тіла чи труднощі у грудному вигодовуванні	Необхідно	
Допомога не важко хворим новонародженим з проблемами, які не потребують тривалого лікування та швидко вирішуються (стан дітей не потребує спеціалізованої допомоги в ургентному порядку)	Необхідно	
Стабілізаційна допомога новонародженому (стабілізація стану новонародженого до переведення на вищий рівень)	Необхідно	
Програма навчання батьків	Необхідно	
Екстрена допомога	Необхідно	
Можливість надання неонатальної реанімаційної допомоги	Необхідно	
Кваліфікація персоналу для допомоги при ургентних станах новонароджених	Необхідно	
Володіння навичками проведення початкового обсягу реанімаційної допомоги, яка може надаватися терміново протягом пологів	Необхідно	
Наявність спеціаліста з проведення повного обсягу реанімаційної допомоги, включаючи ендотрахеальну інтубацію та призначення медикаментів; ця допомога може надаватися терміново протягом пологів	Необхідно	
Можливість стабілізації стану всіх новонароджених, у т.ч. з низькою вагою та хворих, до переведення на III рівень надання допомоги	Необхідно	
Можливість транспортування новонароджених	Необхідно	
Можливість проведення трансфузії крові та свіжозамороженої плазми протягом 24 год.	Необхідно	
Проведення УЗД, рентгенологічного дослідження	Необхідно	
Клінічне лабораторне обстеження протягом 24 год.	Необхідно	
Розширений обсяг неонатальної допомоги		
ШВЛ	Стабілізація стану новонародженого менш ніж на 24 год. Необхідно	
Респіраторна терапія під постійним позитивним тиском	Стабілізація стану новонародженого	

	менш ніж на 24 год. Необхідно	
Наявність чергового спеціаліста, який може діагностувати та надати неонатальну допомогу при виникненні ускладнень ШВЛ	Необхідно	
Оцінка розвитку дитини, спостереження і догляд до виписки	Необхідно	
Тісний зв'язок з III рівнем надання допомоги у перинатальному центрі	Необхідно	
Інші види неонатальної допомоги		
Патологоанатом	Необхідно	
Дитячий хірург	Рекомендовано	
Кардіолог	Рекомендовано	
Офтальмолог	Рекомендовано	

Таблиця 7

Критерії оцінки неонатальних протоколів / політики підвищення якості в закладах II рівня

Неонатальні протоколи / політика підвищення якості	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
Неонатальний компонент		
Критерії оцінки ризику новонародженого	Необхідно	
Критерії для призначення консультацій, транспортування, переведення	Необхідно	
Допомога, орієнтована на сім'ю	Необхідно	
Грудне вигодовування: новонароджені з групи низького ризику залишаються з матерями до завершення першого грудного вигодовування; неонатальний догляд надається на сумісному перебуванні з матір'ю; новонароджені після КР приносяться до матерів протягом першої години після операції чи 30 хв. після закінчення операції, коли мати просинається після наркозу, та перебувають разом з матерями	Необхідно	
Проведення первинного огляду неонатологом	Необхідно	
Можливість стабілізації стану новонародженого	Необхідно	
Рутинний догляд за новонародженим	Необхідно	
Підготовка новонародженого до виписки	Необхідно	
Перелік практичних навичок для медичних сестер	Необхідно	
Перелік практичних навичок для лікарів	Необхідно	
Збір даних, підвищення якості акушерської та неонатальної допомоги		
Збір моніторингових даних та їх аналіз	Необхідно	
Мультидисциплінарні постійні програми щодо підвищення материнських і неонатальних показників	Необхідно	
Внутрішні розгляди материнських, антенатальних і неонатальних причин смертності, так само як і переведення матерів та новонароджених	Необхідно	

Мультидисциплінарні дискусії та періодичні огляди діяльності перинатальної програми, включаючи всі смерті, переведення та народження дітей з екстремально низькою масою тіла; необхідною умовою є пошук шляхів вирішення проблем	Необхідно	
--	-----------	--

Таблиця 8

Критерії оцінки неонатального обладнання в закладах II рівня

Обладнання для надання неонатальної допомоги	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
Реанімація / стабілізація		
<i>Обов'язкова наявність реанімаційного столика у разі надання реанімаційної допомоги новонародженому в пологах; новонароджені, стан яких потребує стабілізації, переводяться до палати інтенсивної терапії та/чи на III рівень надання допомоги до перинатального центру</i>		
Відповідне обладнання для реанімації новонароджених		
Джерело променевого тепла, регульоване залежно від температури новонародженого	Необхідно	
Джерело променевого тепла з місцем для рентген-апарата	Рекомендовано	
Реанімаційний столик для новонародженого /для огляду, доступного з 3 боків	Необхідно	
Настінний годинник (бажано Апгар-таймер)	Необхідно	
Обладнання та медикаменти, рекомендовані Національним наказом з реанімації (ларингоскоп з двома видами клинків, ендотрахеальними трубками та мішками Амбу з двома видами масок для доношених і недоношених новонароджених)	Необхідно	
Зволожений кисень, відсмоктувач, які є окремі від материнського	Необхідно	
Обладнання для огляду новонародженого та надання невідкладної допомоги	Необхідно	
Набір для катетеризації вени пуповини	Необхідно	
Кардіомонітор	Необхідно	
Пульсоксиметр	Необхідно для палат спільного перебування для інтенсивного спостереження за новонародженим	
Інфузомат	Необхідно	
Лампа фототерапії	Необхідно для палат спільного перебування для інтенсивного спостереження за новонародженим	
Прилад для вимірювання тиску новонародженого з неонатальними манжетками	Необхідно для палат	

Обладнання для надання неонатальної допомоги	Критерії для II рівня	Заклад (назва)
	спільного перебування для інтенсивного спостереження за новонародженим	
Глюкометр	Необхідно для палат спільного перебування для інтенсивного спостереження за новонародженим	
Закритий інкубатор та апарат ШВЛ (хоча б один)	Необхідно	
Обладнання для зондового харчування	Необхідно	

Критерії оцінки функціональних можливостей перинатального центру III рівня

Критерії оцінки акушерського персоналу в закладах III рівня

Акушерський персонал	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
<i>Лікарі</i>		
Завідувач пологового відділення	Сертифікований з акушерства, гінекології та перинатології. Необхідно	
Акушер-гінеколог (необхідний персонал буде визначено)	Сертифікований з акушерства, гінекології та перинатології. Необхідно	
Керівник перинатального центру	Сертифікований з акушерства, гінекології або неонатології та перинатології, організації управління охороною здоров'я. Необхідно	
<i>Акушерське відділення повинно мати зв'язок з такими спеціалістами</i>		
Хірург	Необхідно	
Нейрохірург	Рекомендовано	
Невролог	Необхідно	
Хірург-ортопед	Рекомендовано	
Уролог	Рекомендовано	
Отоларинголог	Рекомендовано	
Кардіолог	Необхідно	
Генетик	Необхідно	
Терапевт	Необхідно	
Анестезіолог, який спеціалізується в акушерстві	Необхідно	
Патологоанатом	Необхідно	
Рентгенолог	Необхідно	
Лікар УЗД	Необхідно	
Лікар з магнітно-резонансної та комп'ютерної томографії	Необхідно	

Акушерки		
Головна акушерка	Спеціальність акушерки. Необхідно	
<i>Акушерка/пацієнтка в пологах:</i>		
Неускладнена вагітність	Відповідно до штатних нормативів	
Пацієнти високого ризику		
Пацієнти у післяпологовому відділенні		
Високий ризик (антенатальний та постнатальний періоди)		
Соціальний працівник	Необхідно	

Таблиця 2

Критерії оцінки акушерських можливостей та послуг в закладах III рівня

Акушерський догляд	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
Спостереження за вагітністю високого ризику на всіх термінах гестації	Необхідно	
Оцінка ризику всіх пацієнтів зі встановленою системою розподілу / направлення пацієнтів для визначення групи високого ризику	Необхідно	
Можливість екстреної допомоги	Необхідно	
Забезпечення вчасного виявлення та лікування ускладнень, які виникли під час вагітності та пологів	Необхідно	
Кваліфікований персонал, що має змогу вчасно надати екстрену акушерську та неонатальну допомогу	Необхідно	
Сертифікований персонал, навчений неонатальній реанімації	Необхідно	
Початок екстреного КР протягом 30 хв. після прийняття рішення	Необхідно	
Можливість проведення трансфузії крові та її компонентів протягом 24 год.	Необхідно	
Наявність лікарських засобів і засобів медичного призначення для надання медичної допомоги згідно з клінічним протоколом або клінічними протоколами	Необхідно	
<i>Анестезіологічна служба</i>		
Ультразвук, рентген, магніторезонансна томографія	Необхідно	
Клінічна лабораторія протягом 24 год. / добу	Необхідно	
Можливість безперервного моніторингу серцебиття плода	Необхідно	
Перинатальні акушерські програми (програми підвищення кваліфікації персоналу)	Необхідно	
Інші служби, необхідні для акушерської допомоги	За потреби	
Служба підтримки грудного вигодовування	Необхідно	
<i>Діагностичні методи</i>		
Аntenатальні дослідження плода (нестресовий тест, біофізичний профіль плода,	Необхідно	

Допплер)		
<i>Дослідження, що підтверджують зрілість легень плода</i>		
Рентгенографія	Необхідно	
Діагностичний ультразвук	Необхідно	

Таблиця 3

Критерії оцінки акушерських протоколів / політики підвищення якості в закладах III рівня

Клінічні протоколи / підвищення якості	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
<i>Акушерські компоненти</i>		
Посадова інструкція з функціональними обов'язками лікаря	Необхідно	
Критерії оцінки ризику	Необхідно	
Критерії для консультації / транспортування та переведення вагітних і породіль	Необхідно	
Політика виключно грудного вигодовування	Необхідно	
Клінічний протокол допомоги, орієнтованої на сім'ю	Необхідно	
Клінічний протокол ранньої виписки	Необхідно	
Безперервна програма підвищення якості послуг	Необхідно	
<i>Збір даних, підвищення якості акушерської та неонатальної допомоги</i>		
Збір моніторингових даних та їх аналіз	Необхідно	
Мультидисциплінарні постійні програми покращення материнських і неонатальних показників	Необхідно	
Внутрішній розгляд материнських, антенатальних та неонатальних причин смертності, так само як і переведення матерів та новонароджених до інших спеціалізованих відділень і ЗОЗ	Необхідно	
Мультидисциплінарні дискусії та періодичні огляди діяльності перинатальної програми, включаючи всі смерті, переведення та народження дітей з критично низькою масою тіла	Необхідно	

Таблиця 4

Критерії оцінки акушерського обладнання в закладах III рівня

Акушерське обладнання	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
<i>Пологове відділення (пологові кімнати та операційна)</i>		
Відповідно обладнане для пологів приміщення	Необхідно	
Належне за розмірами приміщення (не менше 16 м ²) для партнерів, персоналу та відповідного обладнання	Необхідно	
Необхідна вентиляція та температурним контролем (сучасна вентиляційна система, забезпечення у приміщенні температури не нижче 25°C)	Необхідно	
Площа для зберігання одягу та персональних речей пацієнта	Необхідно	

Належне освітлення для оглядів	Необхідно	
Система екстреного виклику та система зв'язку	Необхідно	
Пологове ліжко (трансформер або функціональне ліжко)	Необхідно	
Доступ до душу для пацієнок під час пологів	Необхідно	
Умови для зберігання обладнання	Необхідно	
Апарат для вимірювання артеріального тиску та стетоскопом	Необхідно	
Інфузійні насоси	Необхідно	
Фетальний монітор	Необхідно	
Підведення кисню та вакуумного аспіратора	Необхідно	
Реанімаційне обладнання та обладнання для моніторингу та спеціального догляду (для пацієнтів зі значними акушерськими та неакушерськими ускладненнями)	Необхідно	
Інструментальний столик	Необхідно	
Умивальник ліктьовий для хірургічної обробки рук	Необхідно	
Обладнання для вагінальних пологів та інструменти для КР, ургентних акушерських ускладнень	Необхідно	
УЗД-апаратом з набором датчиків	Необхідно	
Годинник із секундною стрілкою	Необхідно	
Умивальник для миття рук	Необхідно	

Таблиця 5

Критерії оцінки неонатального персоналу в закладах III рівня

Неонатальний персонал	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
<i>Лікарі</i>		
<i>Відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими</i>		
Завідувач відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими	Необхідно	
Неонатолог (відповідно до потужності закладу)	Необхідно	
<i>Відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН)</i>		
Завідувач відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених	Лікар-спеціаліст зі спеціальностей «Неонатологія» та «Анестезіологія дитяча». Необхідно	
Неонатолог (відповідно до потужності закладу)	Лікар-спеціаліст зі спеціальності «Неонатологія». Необхідно	
Регіональний тренер (координатор) з проведення навчання з неонатальних питань	Рекомендовано	

<i>У відділенні інтенсивної терапії новонароджених повинна бути можливість проведення консультацій з такими спеціалістами</i>		
Дитячий хірург	Необхідно	
Офтальмолог	Необхідно	
Дитячий кардіолог	Необхідно	
Дитячий нейрохірург	Рекомендовано	
Анестезіолог	Необхідно	
Хірург-ортопед	Рекомендовано	
Уролог	Рекомендовано	
Отоларинголог	Рекомендовано	
Нефролог	Рекомендовано	
Невролог	Рекомендовано	
Ендокринолог	Рекомендовано	
Пульмонолог	Рекомендовано	
Гастроентеролог	Рекомендовано	
Гематолог	Рекомендовано	
Інфекціоніст	Рекомендовано	
Психолог	Рекомендовано	
УЗД/рентгенографія / магніторезонансна томографія / комп'ютерна томографія та лабораторна діагностика	Необхідно	
Патологоанатом	Необхідно	
Спеціалізована виїзна реанімаційно-неонатальна бригада	Необхідно	
<i>Молодший медичний персонал</i>		
<i>Відділення неонатального догляду за здоровими новонародженими</i>		
Старша медсестра	Медсестра з неонатального догляду. Необхідно	
Дитячі медсестри (відповідно до потужності закладу)	Медсестра з неонатального догляду. Необхідно	
Персонал у зміні (відповідно до потужності закладу)	Медсестри. Необхідно	
<i>Відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН)</i>		
Старша медсестра відділення	Медсестра з неонатального догляду. Необхідно	
Кількість персоналу (відповідно до потужності закладу)		

Критерії оцінки обсягу неонатальної допомоги в закладах III рівня

Обсяг неонатальної допомоги	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
Неонатальна допомога здоровим і хворим новонародженим	Необхідно	
Другий етап виходжування новонароджених		
Проведення первинної реанімації новонародженим	Необхідно	
При станах, які загрожують життю	Необхідно	
Навички персоналу щодо проведення повного обсягу реанімаційної допомоги	Необхідно	
Можливість стабілізації стану всіх новонароджених, у т.ч. з екстремально низькою вагою та хворих	Необхідно	
Можливість транспортування новонароджених до інших спеціалізованих відділень або ЗОЗ	Необхідно	
Можливість трансфузії крові та її компонентів протягом 24 год. / добу	Необхідно	
Проведення УЗД, рентгенологічного дослідження	Необхідно	
Клінічне лабораторне обстеження протягом 24 год. / добу	Необхідно	
Медико-психологічний супровід батьків		
Розширений обсяг неонатальної допомоги		
ШВЛ	Необхідно	
Респіраторна терапія під постійним позитивним тиском	Необхідно	
Висоочастотна вентиляція	Необхідно	
Екстракорпоральна мембранна оксигенація	Рекомендовано	
Інфекційний контроль	Необхідно	
Оцінка розвитку дитини і догляду до виписки; спостереження та вчасне втручання	Необхідно	
Інші види неонатальної допомоги (консультанти)		
Дитячий анестезіолог	Необхідно	
Дитячий нейрохірург	Рекомендовано	
Дитячий хірург	Рекомендовано	
Дитячий кардіоторакальний хірург	Рекомендовано	
Дитячий кардіолог	Необхідно	
Дитячий невролог	Рекомендовано	
Дитячий офтальмолог	Необхідно	
Психолог, педагог	Необхідно	
УЗД / рентгенологічне дослідження	Необхідно	
Патологоанатом	Необхідно	

Таблиця 7

Критерії оцінки клінічних протоколів / обсягу медичної допомоги / підвищення якості в закладах III рівня

Клінічні протоколи / обсяг медичної допомоги / оцінка якості допомоги	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
Неонатальний компонент	Необхідно	
Первинний огляд проводиться неонатологом	Необхідно	
Критерії оцінки ризику новонародженого	Необхідно	
Критерії для призначення консультацій, транспортування, переведення новонароджених до інших спеціалізованих відділень або ЗОЗ	Необхідно	
Грудне вигодовування	Необхідно	
Стабілізація стану новонародженого	Необхідно	
Підготовка новонародженого до виписки	Необхідно	
Перелік практичних навичок для медичних сестер	Необхідно	
Перелік практичних навичок для лікарів	Необхідно	
Локальний протокол переведення матерів і новонароджених, включаючи критерії допомоги	Необхідно	
Спеціалізований транспорт (реанімобіль)	Необхідно	
Допомога, орієнтована на сім'ю	Необхідно	

Таблиця 8

Критерії оцінки неонатального обладнання в закладах III рівня

Обладнання для надання неонатальної допомоги	Критерії для III рівня	Заклад (назва)
Реанімація / стабілізація		
<i>Первинна реанімація та стабілізація стану новонароджених і дітей з екстремально низькою масою тіла повинні надаватися в спеціальному місці (палаті), де є відповідне обладнання:</i>		
Відкрита реанімаційна система (ВРС)	Необхідно	
Киснева терапія	Необхідно	
Вентиляція під позитивним тиском	Необхідно	
ШВЛ	Необхідно	
Аспіратор	Необхідно	
Поліфункціональний монітор	Необхідно	
Обладнання та медикаментозне забезпечення	Необхідно	
<i>Первинна реанімація та стабілізація стану дітей, народжених у пологовій залі при фізіологічних пологах, повинні надаватися у спеціалізованому місці, де є відповідне обладнання:</i>		
Відкрита реанімаційна система (ВРС)	Необхідно	
Система для кисневої терапії (ротаметр з підігрівом та зволоженням)	Необхідно	
Аспіратор	Необхідно	
Обладнання та медикаментозне забезпечення		
Оснащення робочого місця у відділенні інтенсивної терапії	Необхідно	
Оснащення у відділенні інтенсивного виходжування та реабілітації	Необхідно	

Оцінка якості впровадження регіоналізації перинатальної допомоги

«Демографічні показники»

Індикатори	Всього по регіону		1 рівень		2 рівень		3 рівень		Обласний перинатальний центр	
	Абс. число	Показник	Абс. число	Показник	Абс. число	Показник	Абс. число	Показник	Абс. число	Показник
Кількість пологів / % від загальної кількості пологів										
Передчасних пологів / % від загальної кількості усіх передчасних пологів										
Передчасних пологів / % від усіх пологів відповідного рівня										
Передчасних пологів в термін 22 - 32 тиж. / % від усіх передчасних пологів в термін 22 - 32 тиж.										
Передчасних пологів в термін 22 - 32 тиж. / % від усіх пологів відповідного рівня										
Передчасних пологів в термін 32 - 37 тиж. / % від усіх передчасних пологів в термін 32 - 37 тиж.										
Передчасних пологів в термін 32 - 37 тиж. / % від усіх пологів відповідного рівня										
Загальна перинатальна смертність										
Перинатальна смертність у ваговій категорії 500-1500 г										
Перинатальна смертність у ваговій категорії 1500-2500 г										
Мертвонароджуваність										
Мертвонароджуваність у ваговій категорії 500-1500 г										
Мертвонароджуваність у ваговій категорії 1500-2500 г										
Загальна рання неонатальна смертність										
Рання неонатальна смертність в ваговій категорії										

500-1500 г										
Рання неонатальна смертність в ваговій категорії 1500-2500 г										
Материнська смертність										

«Індикатори навчання/консультацій»

Індикатори	Всього по регіону		1 рівень		2 рівень		3 рівень		Обласний перинатальний центр	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
КОНСУЛЬТАЦІЇ										
Загальна потреба в консультації										
○ Для жінок під час вагітності										
○ Для жінок під час пологів										
○ Для жінок після пологів										
○ Для новонароджених										
Проведено консультацій всього / % від загальної потреби в консультації										
○ Для жінок під час вагітності										
○ Для жінок під час пологів										
○ Для жінок після пологів										
○ Для новонароджених										
Проведено консультацій по телефону / % від загальної кількості проведених консультацій										
Проведено консультацій через Інтернет (електронна пошта, телемедицина тощо) / % від загальної кількості проведених консультацій										
Проведено консультацій шляхом виїзду в лікувальний заклад / % від загальної кількості проведених консультацій										
Відмова в консультації / % від загальної потреби в консультації										
Всього переведено в ЛПЗ більш високого рівня										

надання допомоги після проведеної консультації / % від загальної потреби в консультації										
○ Переведено жінок										
○ Переведено новонароджених										
НАВЧАННЯ ПЕРСОНАЛУ										
Всього підготовлено персоналу										
Підготовлено за спеціальностями:										
○ Акушерів-гінекологів										
○ Неонатологів										
○ Анестезіологів										
○ Лікарів суміжних спеціальностей										
○ Акушерок										
○ Медичних сестер неонатального відділення										
○ Анестезисток										
Підготовлено на внутрішніх тренінгах										
Підготовлено на тренінгах в перинатальному центрі										
Підготовлено на робочому місці										
Підготовлено на курсах підвищення кваліфікації										
Підготовлено на тематичних курсах										

«Клінічні індикатори»

Індикатори	Всього по регіону		1 рівень		2 рівень		3 рівень		Обласний перинатальний центр	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Кровотечі під час вагітності та пологів / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Важкі кровотечі під час вагітності та пологів (>1000,0 мл) / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Важкі кровотечі під час вагітності та пологів (>1000,0 мл) / % від усіх кровотеч під час										

вагітності і пологів на відповідному рівні										
Післяпологові кровотечі / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Важкі післяпологові кровотечі (>1000,0 мл) / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Важкі післяпологові кровотечі (>1000,0 мл) / % від усіх післяпологових кровотеч на відповідному рівні										
Важка прееклампсія / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Еклампсія / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Важка екстрагенітальна патологія / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Важка екстрагенітальна патологія / % від загального числа пологів у жінок з важкою екстрагенітальною патологією на відповідному рівні										
Розрив матки / % від усіх пологів на відповідному рівні										
Кесарський розтин / % від усіх пологів на відповідному рівні										
НОВОНАРОДЖЕНІ										
Всього новонароджених										
Всього новонароджених з масою тіла при народженні до 2500,0 г / % від усіх новонароджених на відповідному рівні										
Всього новонароджених з масою тіла при народженні 500,0 – 1500,0 г / % від усіх новонароджених з масою тіла при народженні до 2500,0 г										
Первинна реанімація новонароджених / % від усіх новонароджених на відповідному рівні										
Переведено новонароджених на спільне перебування з матір'ю після первинної реанімації /										

% від усіх новонароджених, яким проводилася первинна реанімація, на відповідному рівні										
Первинна реанімація новонароджених з масою тіла до 2500,0 г / % від усіх новонароджених, яким проводилася первинна реанімація, на відповідному рівні										
Переведено у відділення /палату інтенсивної терапії новонароджених / % від усіх новонароджених на відповідному рівні										
Переведено у відділення /палату інтенсивної терапії новонароджених з масою тіла до 2500,0 г / % усіх новонароджених, переведених у відділення/палату інтенсивної терапії										
Переведено в інші лікувальні заклади / % від усіх новонароджених на відповідному рівні										

Розрахунок ліжкового фонду перинатальних центрів III рівня надання акушерської та неонатальної допомоги

За даними світової статистики, близько 80–85% пологів є нормальними (в Україні – 67%) та не потребують проведення будь-яких маніпуляцій та втручань. Дані науково-доказових джерел свідчать про те, що ефективна система регіоналізації перинатальної допомоги можлива у розрахунку 1 перинатальний центр III рівня надання медичної допомоги на 10 000 пологів.

Розподіл тяжких акушерських і неонатальних ускладнень, які потребують спеціалізованої мультидисциплінарної допомоги, має таку структуру:

- екстрагенітальна патологія – 10%;
- акушерська патологія – 5%;
- передчасні пологи в терміні 22–34 тиж. – 2%.

Світовий досвід та досвід України свідчить про те, що приблизно 17% пологів потребують вчасного лікування як акушерських, так і неонатальних проблем у перинатальному центрі III рівня надання допомоги. Таким чином, з кожних 10 000 родів у даному регіоні 1700 родів має відбуватися саме у перинатальному центрі III рівня надання допомоги.

Рекомендовано розраховувати ліжковий фонд перинатального центру так:

1. Необхідна кількість ліжок відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології:
 - 12–14 на 1000 родів у даному закладі III рівня з середнім терміном перебування 14 днів.
2. Необхідна кількість пологових залів:
 - 3 на 1000 родів.
3. Необхідна кількість післяпологових ліжок:
 - 12 на 1000 родів (середня тривалість перебування – 3–4 дні); у випадку середньої тривалості перебування 7–8 днів кількість післяпологових палат подвоюється.
4. Необхідна кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених:
 - 3 на 1000 родів.
5. Необхідна кількість ліжок інтенсивного спостереження новонароджених:
 - 2 на 1000 родів.
6. Необхідна кількість ліжок II етапу виходжування новонароджених:
 - 5 на 1000 родів.
7. Необхідна кількість ліжок інтенсивної терапії для дорослих – 6 на 100 акушерських ліжок.

Приклад розрахунку потужності перинатального центру 3-го рівня для області, в якій відбувається 10 000 пологів на рік

1. Необхідна кількість ліжок відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології:
 - $14 \cdot 1,7 = 24$ ліжка.
2. Необхідна кількість пологових залів:
 - $3 \cdot 1,7 = 6$ пологових залів.
3. Необхідна кількість післяпологових ліжок:
 - $12 \cdot 1,7 = 21$ ліжка (середня тривалість перебування 3–4 дні).
 - беручи до уваги, що у перинатальному центрі III рівня тривалість перебування матері після пологів у середньому становитиме 7–8 днів, тобто кількість післяпологових ліжок має бути удвічі більше, а саме 42 ліжка.
4. Необхідна кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених:
 - $3 \cdot 1,7 = 5$ ліжок.
5. Необхідна кількість ліжок інтенсивного спостереження новонароджених:
 - $2 \cdot 1,7 = 4$ ліжка.

6. Необхідна кількість ліжок II етапу виходжування:

– $5 \cdot 1.7 = 9$ ліжок.

Загальна кількість ліжок у перинатальному центрі – 90.

Тобто перинатальний центр III рівня надання акушерської та неонатальної допомоги повинен мати 90–100 ліжок.

7. Кількість ліжок інтенсивної терапії для дорослих становитиме 5–6.

Кількість гінекологічних ліжок перинатального центру III рівня розраховується як 30% від загальної кількості акушерських ліжок, а саме 30–35.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Національні підходи до впровадження системи
регіоналізації перинатальної допомоги в Україні
(практичні настанови)**

Науково-практичне видання

Колектив авторів

За редакцією Р. О. Моїсеєнко

Наклад – 400 примірників