

УДК 351.773:614.4 (477)

DOI: <https://doi.org/10.23939/dg2023.01.185>**Малачинська Марія Йосипівна**

*кандидат медичних наук, доцент,
докторант кафедри публічного управління та регіоналістики
Інституту публічної служби та управління
Національного університету "Одеська політехніка"*

ORCID: 0000-0003-2895-3666

e-mail: malachynska.m.y@op.edu.ua

УПРАВЛІННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ДОПОМОГОЮ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 В УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ

Проведено загальну оцінку організаційних та правових механізмів допомогового етапу перинатальної допомоги в Україні в умовах пандемії COVID-19. Здійснено аналіз практичних аспектів цього процесу на регіональному рівні. Визначено основні напрями удосконалення державного регулювання перинатальної допомоги в умовах пандемії COVID-19 та запропоновано модель швидкого реагування на поширення інфекції для надання медичних послуг вагітним.

Ключові слова: перинатальна допомога; державна політика; COVID-19; організаційний механізм; правовий механізм; охорона материнства; якість допомоги.

Постановка проблеми. Тема охорони материнства і дитинства є однією з найважливіших у системі охорони здоров'я України, зважаючи на значимість питання народження здорових дітей – майбутнього потенціалу незалежної держави. Цей напрям став складовою державної політики, показниками ефективності якої є рівень народжуваності, безпечність пологів, низький рівень материнської перинатальної захворюваності, інвалідності та смертності.

У 2016 р., на початку ери реалізації Цілей сталого розвитку, захворюваність і смертність жінок у період вагітності та пологів залишалися неприйнятно високими. У період 2000–2020 рр. коефіцієнт материнської смертності у всьому світі знизився приблизно на 34 % [10]. Хоча у 2020 р. приблизно 287 000 жінок померли під час і після вагітності та пологів і майже 95 % усіх материнських смертей сталися в країнах із низьким і нижчим середнім доходом. Більшості з них можна було б запобігти. У цьому напрямі вже досягнуто значного прогресу, але країни все ще повинні робити все для того, щоб консолідувати та посилити ці успіхи, а також розширити свої програми з метою максимізації здоров'я жінок та потенціалу свого населення. Всесвітня організація охорони здоров'я

бачить світ, де кожна вагітна жінка та новонароджена дитина отримують якісну допомогу під час вагітності, пологів та післяпологового періоду і цього принципу доцільно дотримуватися під час формування та реалізації державної політики України на усіх рівнях.

Допологова (антенатальна) допомога (ДПД) як один із етапів перинатальної допомоги забезпечує платформу для виконання важливих функцій охорони здоров'я, включаючи зміцнення здоров'я, скринінг і діагностику та профілактику захворювань, а також надає змогу спілкуватися з жінками, сім'ями та громадами, підтримуючи їх у критично важливий період життя жінки. Практично встановлено, що шляхом впровадження своєчасних і відповідних практик, заснованих на доказах, допологова допомога може врятувати життя. Комунікаційні та допоміжні функції допологової допомоги є ключовими не лише для порятунку життя, але й для покращення його якості, надання якісної медичної допомоги, що створює основу для здорового материнства.

Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) у 2019 р. суттєво вплинула на зміну способу життя більшості людей і порушила роботу спеціалізованих систем охорони здоров'я. Робота закладів охорони здоров'я в умовах тотального карантину призвели до особливих наслідків для вразливих груп населення, включаючи перинатальну популяцію, тобто вагітних жінок і новонароджених. Тому, передбачаючи можливість виникнення повторних пандемій, необхідно проаналізувати досвід функціонування медичної галузі на такому етапі та обґрунтувати нові підходи до організації якісної медичної перинатальної допомоги в умовах можливих повторних спалахів інфекції.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз літературних джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що останнім часом в усьому світі підвищується інтерес до проблем перинатальної допомоги в умовах пандемії COVID-19. Однак науковцями ще недостатньо уваги приділяється механізмам державного регулювання перинатальної допомоги в Україні на регіональному рівні, тому цей напрям є надзвичайно важливим на сучасному етапі. У контексті державного управління перинатальна допомога привертала значну увагу науковців і здебільшого розглядалася крізь призму репродуктивного здоров'я та демографічних проблем. Передусім треба відзначити праці вчених Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України: О. Гладуна, Е. Лібанової, Н. Рингач, В. Стешенко та ін., а також праці таких науковців, як В. Бакуменко, М. Білинської, Н. Васильєвої, Е. Гришнова, О. Долінченко, М. Кравченко, О. Малиновської, Л. Мельничук, С. Мокрецова, О. Овдіна, які заклали своєрідний фундамент для спеціальних досліджень з цієї тематики.

Питаннями нормативно-правового та організаційно-методичного забезпечення спеціалізованої допомоги, відповідно до рівнів надання перинатальної допомоги на етапах її реформування на тлі фінансових та кадрових проблем у медичній галузі, присвячені роботи І. Білоус, А. Гриценко, Л. Жаліло, В. Москаленка, І. Солоненка, Я. Радиша, І. Рожкової, В. Рудого, І. Хожило та інших.

Різні аспекти проблеми безпечного материнства вивчали також вчені: Н. Авраменко, Н. Гойда, В. Єнікеєва, Н. Жилка, Т. Іркіна, С. Мокрецов, Г. Романовський, В. Чебан.

Виокремлення невіршених раніше частин загальної проблеми. Хоча існує багато опублікованої наукової літератури щодо різних аспектів організації перинатальної допомоги, майже немає літератури про те, яким чином змінювалися управлінські підходи до рутинного допологового догляду жінок і в який спосіб була реорганізована система у час пандемії.

Завданням статті є загальна оцінка організаційних та правових механізмів організації першого (допологового) етапу перинатальної допомоги в Україні на регіональному рівні, аналіз практичних аспектів цього процесу, а також визначення основних напрямів удосконалення державного регулювання перинатальної допомоги в умовах пандемії COVID-19.

Виклад основного матеріалу. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги через унікальні та різноманітні потреби, що є характерними для вагітних жінок, вимагає особливої уваги під час будь-якої пандемії, зокрема такої глобальної, як пандемія коронавірусної хвороби, що охопила всю земну кулю. Від початку пандемії Урядом України вживалися безпрецедентні заходи щодо стабілізації ситуації та локалізації поширення інфекції. Після того, як Кабінетом Міністрів України було введено карантин та запроваджено обмежувальні заходи, Міністерство охорони здоров'я України розробило тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2. Зокрема, було тимчасово припинено планові госпіталізації та наказано “вжити заходів щодо збільшення частки медичної допомоги, що надається з використанням технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі (надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини)” [8]. Відповідно, закладам охорони здоров'я, які забезпечують перинатальну допомогу, також необхідно розробити

додаткові плани на випадок непередбачених обставин, щоб обмежити вплив вірусу як на здорових вагітних жінок, так і серед загальної популяції.

Ефективність нашої системи охорони здоров'я, яка історично побудована на особистій взаємодії між пацієнтами та постачальниками медичних послуг, серйозно постраждала. І це не лише в Україні. Перед викликом постали системи охорони здоров'я всіх країн, особливо тих, які знаходяться в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Вагітні жінки особливо вразливі до респіраторних патогенів через фізіологічні змін імунної та кардіореспіраторної систем і можуть піддаватися підвищеному ризику важких захворювань у разі зараження респіраторним вірусом, що може призвести до підвищення материнської та внутрішньоутробної захворюваності та смертності. Крім того, вагітні жінки з пневмонією мають значно вищий ризик передчасного народження. Дослідження також показують зростання кількості мертворождалих під час пандемії COVID-19 [9].

З огляду на це, вкрай важливо реорганізувати систему допологових візитів не тільки для того, щоб зменшити можливість контакту здорової вагітної жінки з інфікованими людьми, але й для мінімізації контакту медичних працівників з пацієнтками, які можуть бути інфіковані, але у яких спостерігається безсимптомний перебіг. Така реорганізація може бути корисною для створення спроможності надавати особисті консультації пацієнткам із групи високого ризику, які потребують більшої кількості візитів, до прикладу, жінки з гіпертонією, діабетом, неврологічними та психічними розладами, обтяженим акушерським чи генетичним анамнезом. Також це має низку переваг для всіх постачальників медичних послуг до пологів, які пропонують допомогу, враховуючи можливість скорочення медичних працівників через пандемію, що фактично впливає на всіх членів спільноти. Звичайні допологові заклади можуть бути закриті через карантин під час пандемії, а більшість державних лікарень реорганізовано для лікування пацієнтів, які постраждали від пандемії. Це може перешкодити вагітним жінкам звертатися до лікарні через страх заразитися [12].

Традиційний графік ДПД ґрунтується на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я 2016 р., які віддають перевагу орієнтованій на людину медичній допомозі для позитивних перинатальних результатів шляхом збільшення кількості контактів вагітної жінки з медичними працівниками з чотирьох до восьми [11]. Для зменшення перинатальної смертності та формування у жінок позитивного досвіду вагітності рекомендовано застосовувати моделі антенатальної допомоги, які передбачають не менше ніж 8 візитів вагітної до лікаря [7].

ДПД знижує материнську і перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо шляхом виявлення та лікування ускладнень вагітності і супутніх захворювань, так і опосередковано шляхом виявлення вагітних жінок групи високого ризику та їх направлення на консультацію на відповідний рівень надання медичної допомоги. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога в Україні здійснюється в амбулаторіях загальної практики–сімейної медицини, в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах [6]. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики/сімейної медицини/акушерки/фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні в 19–21 і 30 тижнів вагітності.

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини. У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому сім–дев'ять разів (бажано разом із близькою людиною).

ДПД знижує материнську і перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо шляхом виявлення та лікування ускладнень вагітності, так і опосередковано шляхом виявлення вагітних із високим ризиком ускладнень пологів та їх направлення на консультацію на відповідний рівень надання медичної допомоги. Крім того, оскільки непрямі причини материнської захворюваності та смертності є домінуючими, ДПД надає можливість для профілактики і лікування супутніх захворювань за допомогою надання комплексної медичної допомоги. ДПД пацієнтці з нормальною вагітністю може розпочатися під час звернення жінки за первинною медичною допомогою для встановлення/підтвердження вагітності або її скеровують до надавача допомоги чи акушерського закладу охорони здоров'я. ДПД включає заходи з допологової освіти, консультування, лабораторних, інструментальних досліджень та інших заходів відповідно до графіка візитів, узгодженого з пацієнткою.

Міжнародний досвід показує, що під час цієї пандемії COVID-19 деякі країни вирішили скоротити кількість особистих допологових візитів лише до трьох (до прикладу, Австралія) або чотирьох (за рекомендацією ВООЗ) для жінок з низьким ризиком протягом усієї вагітності, і ці візити здебільшого були пов'язані з ключовими щепленнями [11].

Узагальнюючи інформацію, для України модель ДПД як швидка відповідь на протидію поширення інфекції, могла б виглядати так, як зображено на рис. 1.

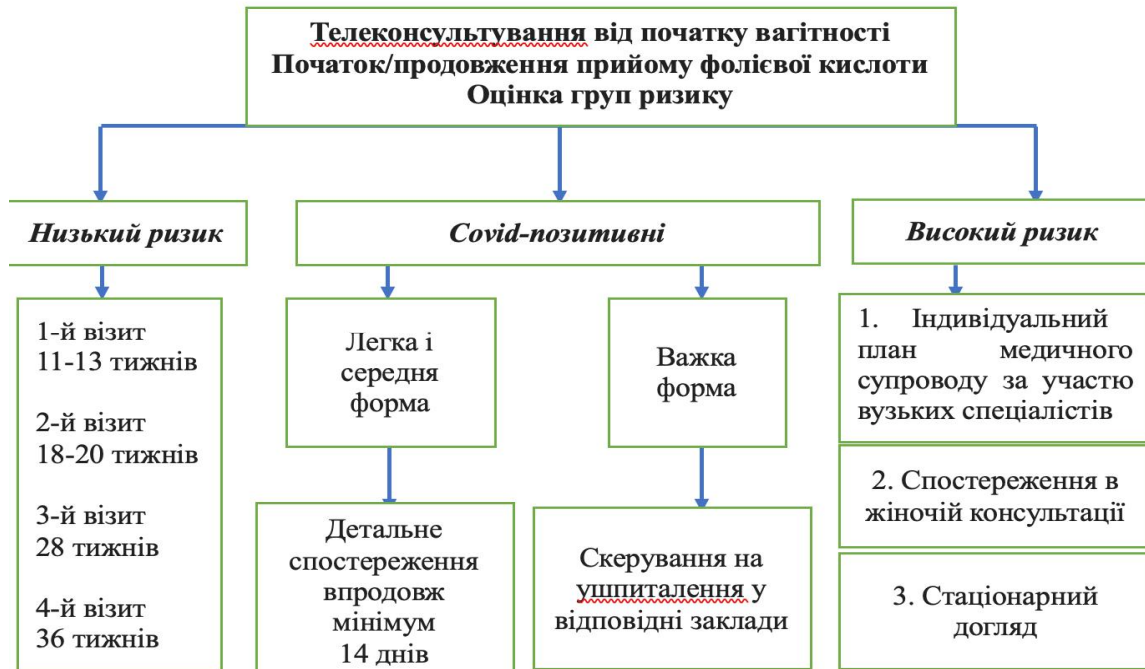


Рис. 1. Алгоритм допологової допомоги у період пандемії COVID-19 в Україні (пропонована модель)

Може бути використано телефонне сортування, щоб запобігти відвідуванню жінками лікарні без нагальної потреби. Послуги досвідчених, надійних постачальників медичних послуг із відмінними навиками спілкування можуть бути ефективнішими для заспокоєння пацієнтів і зменшення кількості непотрібних відвідувань пацієнтів. Віртуальне сортування також дає змогу отримати більше інформації, відстежити контакти та обговорити останні подорожі. Якщо вагітній жінці потрібне тестування на COVID-інфекцію, необхідно допомогти їй дістатися до потрібного місця, що також можна використовувати для відстрочення ДПД принаймні на 2 тижні, якщо вагітна жінка виявилася позитивною.

Відповідно до цієї моделі, під час нагляду за вагітною жінкою в амбулаторних умовах лікарю загальної практики–сімейної медицини/лікарю акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці необхідно дотримуватись плану ведення вагітності (графіка візитів). Усі консультації, які не потребують тестувань та УЗД, мають проводитись дистанційно (відеоконсультації або телефонні консультації). Жінки, які мають пройти обов'язкове обстеження, що недоцільно відтермінувати, мають

узгодити години прийому заздалегідь, задля уникнення контакту з іншими пацієнтками/відвідувачами пацієнток у жіночій консультації.

Вагітним жінкам із симптомами, що можуть свідчити про COVID-19, необхідно рекомендувати самоізоляцію, контроль температури тіла, а також невідкладно повідомити лікаря з надання ПМД та лікаря акушер-гінеколога, на обліку в якого вона знаходиться [1].

Якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 відсутня пологова діяльність та відсутня акушерська патологія, а також наявний легкий перебіг захворювання, вона залишається на самоізоляції зі щоденним інформуванням про свій стан лікаря ПМД та лікаря акушер-гінеколога, які забезпечують активний дистанційний нагляд за станом здоров'я пацієнтки.

Вагітних необхідно скеровувати до спеціалізованого пологового будинку, визначеного структурним підрозділом з питань охорони здоров'я для надання допомоги вагітним з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 у разі:

- початку пологової діяльності у пацієнтки, яка знаходилася вдома на самоізоляції, до моменту отримання результатів лабораторного дослідження (ПЛР);

- якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 відсутня пологова діяльність, але наявний важкий чи середньої важкості стан перебігу захворювання, наявна важка супутня екстрагенітальна/акушерська патологія у разі підтвердження у неї COVID-19;

- показань для госпіталізації (акушерських або пов'язаних із загостренням наявної екстрагенітальної патології, або важкому перебігу ГРВІ/COVID-19).

Акцентуємо увагу: основними умовами запровадження такої моделі в Україні є добре налагоджена система медичних послуг із використанням телемедицини, а також продумана інформаційна кампанія. І основи для її імплементації вже фактично закладені у галузевій державній політиці та законодавстві. Так, МОЗ України затвердило Стандарти медичної допомоги "COVID-19" і у додатку № 6 рекомендувало розглянути використання телемедицини, консультування за допомогою відеозасобів інтернету для оцінки підозрілих COVID-19, таким чином мінімізуючи потребу у візитах до медичних закладів для оцінки стану пацієнтів [1]. Таким чином, напрямок, який МОЗ розглядає ефективним механізмом для надання якісних послуг в умовах розповсюдження COVID-19, – телемедицина.

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування зобов'язані активно сприяти здійсненню протиепідемічних заходів і

можуть бути замовниками послуги з медичного обслуговування населення. Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є регіональна політика охорони здоров'я, а місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються органами місцевого самоврядування, відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях [2].

Організація та проведення профілактичних і протиепідемічних заходів, зокрема щодо організації та проведення медичних оглядів і обстежень, профілактичних щеплень та навчання громадян покладаються на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, установи та організації незалежно від форм власності, а також на громадян [4].

Місцеві органи виконавчої влади у сфері захисту населення від інфекційних хвороб реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я та щодо забезпечення епідемічного благополуччя населення, організують розроблення і виконання регіональних і місцевих програм з питань захисту населення від інфекційних хвороб; організують проведення аналізу епідемічної ситуації в регіоні та контролю за її станом; інформують населення через медіа про епідемічну ситуацію в регіоні та здійснювані протиепідемічні заходи (ст. 4) [4]. До їх відання також належить організація роботи медичних закладів з подання допомоги, пов'язаної з охороною материнства і дитинства (ст. 22) [5].

Органи місцевого самоврядування у сфері захисту населення від інфекційних хвороб забезпечують участь у боротьбі з інфекційними хворобами закладів та установ охорони здоров'я усіх форм власності, а також вдосконалення мережі спеціалізованих закладів та установ охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана із захистом населення від інфекційних хвороб (ст. 5) [4].

Відповідно до п. 16 частини першої ст. 43 ЗУ "Про місцеве самоврядування в Україні", Львівська обласна рада затвердила Комплексну програму підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021–2025 роки [3]. Поки що у цій програмі заходи з протидії COVID-19 стосуються лише підтримки медичних працівників та виділення фінансового ресурсу закладам охорони здоров'я області. Не передбачено також ведення моніторингу вагітних жінок з позитивним результатом.

У разі виникнення епідемії чи спалаху інфекційної хвороби медіа незалежно від форм власності сприяють органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування у проведенні необхідної роз'яснювальної роботи серед населення (ст. 9) [4], зокрема щодо безпеки самолікування. Використання лікарських засобів поза межами інструкції

до них має базуватися на аналізі ризику та користі (потенційної користі для матері та безпеки для плоду). За результатами нашого дослідження, проведеного на базі КНП ЛОР “Львівський обласний клінічний перинатальний центр”, у якому опитано 535 породіль, встановлено: 22 % опитаних жінок приймали ліки з метою профілактики COVID-19 (рис. 2).



Рис. 2. Результати опитування породіль у період листопад–грудень 2021 р.

Висновки і перспективи подальших розвідок. Спалахи інфекційних захворювань створюють величезні виклики для закладів охорони здоров'я, зокрема системи перинатальної допомоги. Відмова в таких основних медичних послугах, як амбулаторна допологова допомога та стаціонарні пологи під час пандемії, може мати серйозні наслідки для здоров'я матері та плоду. Соціальне дистанціювання та карантинні заходи у всій країні довели свою роль в уповільненні передачі вірусу, даючи час оновити систему охорони здоров'я.

Медичні заклади повинні розробити плани мінімізації впливу на здорових вагітних жінок, продовжуючи надавати як звичайну, так і невідкладну акушерську допомогу. Телемедицина може відігравати важливу роль у оновленні систем охорони здоров'я під час спалаху випадків COVID-19. Незважаючи на те, що такі цифрові технології існують десятиліттями і вже знаходяться на передовій стадії впровадження в деяких напрямках, вони ще мінімально вивчені для акушерської допомоги.

Однак, щоб пом'якшити будь-які потенційні несприятливі наслідки скорочення допологових візитів, розумне використання можливостей телемедицини, що розвивається, може захистити безперервність догляду, незважаючи на величезний тягар, спричинений пандемією. Модель спільної роботи із залученням медичних працівників у громадських і регіональних центрах охорони здоров'я також має потенціал для запобігання катастрофічного колапсу акушерських служб під час пандемії, такої як пандемія COVID-19.

Стратегія зменшення кількості допологових візитів і відокремлення місць для догляду та пологів вагітних жінок із підтвердженим COVID-19 або нещодавнім контактом від здорових вагітних жінок може мінімізувати ризик інфікування. Крім того, сортування вагітних жінок на основі їх терміну вагітності та їхніх симптомів має потенціал для уникнення небажаних ризиків, забезпечуючи отримання допомоги, хто її негайно потребує.

Отже, для швидкого розгортання моделі допологового догляду у відповідь на пандемію COVID-19 необхідно такі основні компоненти: 1) схвалена місцевою владою програма допологового догляду; 2) розроблений алгоритм моніторингу вагітних з підозрою на Covid-19 чи підтвердженим діагнозом; 3) забезпечення обладнанням та інтернет-постачанням закладів охорони здоров'я; 4) навчання персоналу; 5) інформування населення.

Список використаної літератури

1. Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19) : Наказ МОЗ України від 28.03.2020 р. № 722. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0722282-20#Text>.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
3. Про затвердження Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021–2025 роки : Рішення Львівської обласної ради III чергової сесії VIII скликання № 65 від 23 лютого 2021 р. URL : <https://lvivoblrada.gov.ua/programi-2021-2025-rokiv>.
4. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#top>.
5. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 9 квітня 1999 р. № 586-XIV. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>.
6. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : Наказ МОЗ від 15.07.2011 р. № 417. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>.
7. Стандарти медичної допомоги “Нормальна вагітність” : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 р. № 1437. URL : https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_smd_nv.pdf.
8. Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.03.2020 р. № 698. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0698282-20#Text>.
9. Khalil, A., Blakeway, H., Samara, A., & O'Brien, P. (2022). COVID-19 and stillbirth: direct vs indirect effect of the pandemic. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 59(3), 288–295.
10. Maternal mortality: WHO. URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

11. The 2016 WHO ANC model for a positive pregnancy experience: Recommendations mapped to eight scheduled ANC contacts. URL : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/maternal-health/anc.pdf?sfvrsn=5e2c740e_2.

12. Zangmo, R., Kumari, A., Garg, D., & Sharma, K. A. (2021). Redesigning routine antenatal care in low-resource settings during the COVID-19 pandemic. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 10(3), 36.

Malachynska Mariya Yosypivna

*PhD in Medicine, Associate Professor
Doctoral student at the Department of Public Administration
and Regional Studies of the Institute of Public Service and Administration
of Odesa Polytechnic National University
ORCID: 0000-0003-2895-3666
e-mail: malachynska.m.y@op.edu.ua*

MANAGEMENT OF PERINATAL CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN UKRAINE: ORGANIZATIONAL AND LEGAL MECHANISM

Introduction. The topic of maternity and childhood care is one of the most important in the health care system of Ukraine, given the importance of the issue of the birth of healthy children – the future potential of an independent state.

At the beginning of the era of implementation of the Sustainable Development Goals, the morbidity and mortality of women during pregnancy and childbirth remained unacceptably high. Most of them could have been prevented.

The 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic significantly changed the way of life of most people and disrupted the work of specialized health care systems. Therefore, anticipating the possibility of repeated pandemics, it is necessary to analyse the experience of the functioning of the medical field at this stage and justify new approaches to the organization of high-quality medical perinatal care in the conditions of possible repeated outbreaks of infection.

Isolation of previously unresolved parts of the general problem. Although there is much published scientific literature on various aspects of the organization of perinatal care, there is almost no literature on how management approaches to women's routine prenatal care have changed and how the system has been reorganized during the pandemic in Ukraine.

Results. The effectiveness of Ukrainian health care system, which has historically been built on face-to-face interactions between patients and health care providers, has suffered severely. And it is not only in Ukraine. Healthcare systems of all countries, especially those with limited financial resources, are facing a challenge.

Pregnant women are particularly vulnerable to respiratory pathogens due to physiological changes in the immune and cardiorespiratory systems and may be at increased risk of severe disease. In this regard, it is extremely important to reorganize the system of prenatal visits not only to reduce the possibility of contact of a healthy pregnant woman with infected people, but also to minimize the contact of medical workers with patients who may be infected.

International experience shows that during this COVID-19 pandemic, some countries have decided to reduce the number of in-person antenatal visits to only three (for example,

Australia) or four (as recommended by the WHO) for low-risk women throughout pregnancy. For Ukraine, a model of prenatal care has also been proposed as a quick response to combating the spread of infection.

According to this model, when monitoring a pregnant woman in an outpatient setting, all consultations that do not require testing and ultrasound should be conducted remotely (video consultations or telephone consultations).

Pregnant women must be referred to a specialized maternity hospital, designated by the Department of health care of Regional State Administration, to provide assistance to pregnant women with suspected or confirmed COVID-19 infection in clearly defined cases.

We emphasize: the main conditions for the introduction of such a model in Ukraine are a well-established system of medical services using telemedicine, as well as a well-thought-out information campaign. And the foundations for its implementation are already laid in the branch state policy and legislation.

In the event of an epidemic or an outbreak of an infectious disease, the media, regardless of the form of ownership, assist the executive authorities and local self-government bodies in carrying out the necessary explanatory work among the population, regarding the dangers of self-medication. According to the results of our study, conducted based on the Lviv Regional Clinical Perinatal Centre, in which 535 women in labour were interviewed, it was established that 22 percent of the surveyed women took medication for the prevention of COVID-19.

Conclusion. Health care facilities should develop plans to minimize exposure to healthy pregnant women while continuing to provide both routine and emergency obstetric care. Telemedicine can play an important role in updating healthcare systems during the outbreak of COVID-19 cases. Even though such digital technologies have existed for decades and are already at the advanced stage of implementation in some areas, they are still minimally studied for obstetric care.

Therefore, the following key components are needed to rapidly deploy an antenatal care model in response to the COVID-19 pandemic: 1) a locally approved antenatal care program; 2) a developed algorithm for monitoring pregnant women with suspected or confirmed diagnosis of COVID-19; 3) provision of equipment and Internet supply to healthcare institutions; 4) staff training; 5) informing the population.

Key words: perinatal care; state policy; COVID-19; organizational mechanism; legal mechanism; maternity care; quality of care.

References

1. Orhanizatsiia nadannia medychnoi dopomohy khvorym na koronavirusnu khvorobu (COVID-19): Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.03.2020 r. No. 722. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0722282-20#Text>.
2. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia: Zakon Ukrainy vid 19 lystopada 1992 r. No. 2801-XII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
3. Pro zatverdzhennia Kompleksnoi prohramy pidtrymky haluzi okhorony zdorovia Lvivskoi oblasti na 2021–2025 r.: Rishennia Lvivskoi oblasnoi rady III cherhovoii sesii VIII sklykannia No. 65 vid 23 liutoho 2021 r. URL : <https://lvivoblrada.gov.ua/programi-2021–2025-rokiv>.
4. Pro zakhyst naseleння vid infektsiinykh khvorob: Zakon Ukrainy vid 6 kvitnia 2000 r. No. 1645-III. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#top>.

5. Pro mistsevi derzhavni administratsii: Zakon Ukrainy vid 9 kvitnia 1999 r. No. 586-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>.

6. Pro orhanizatsiiu ambulatornoi akushersko-hinekologichnoi dopomohy v Ukraini: Nakaz MOZ vid 15.07.2011 r. No. 417. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>.

7. Standarty medychnoi dopomohy “Normalna vahitnist”: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 9 serpnia 2022 r. No. 1437. URL : https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_smd_nv.pdf.

8. Tymchasovi zakhody u zakladakh okhorony zdorovia z metoiu zabezpechennia yikh hotovnosti dlia nadannia medychnoi dopomohy khvorym na hostru respiratornu khvorobu COVID-19, sprychynenu koronavirusom SARS-CoV-2: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 23.03.2020 r. No. 698. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0698282-20#Text>.

9. Khalil, A., Blakeway, H., Samara, A., & O'Brien, P. (2022). COVID-19 and stillbirth: direct vs indirect effect of the pandemic. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 59(3), 288–295.

10. Maternal mortality: WHO. URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

11. The 2016 WHO ANC model for a positive pregnancy experience: Recommendations mapped to eight scheduled ANC contacts. URL : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/maternal-health/anc.pdf?sfvrsn=5e2c740e_2.

12. Zangmo, R., Kumari, A., Garg, D., & Sharma, K. A. (2021). Redesigning routine antenatal care in low-resource settings during the COVID-19 pandemic. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 10(3), 36.