

РАК ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ: КОНТИНУМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ВИСНОВКИ ЯК СПРЯМУВАННЯ ДО ДІЇ

Рак шийки матки – важливе захворювання в Україні: з усіх видів захворювань на рак серед жінок він посідає 5-е місце за рівнем захворюваності та 6-е місце за рівнем смертності.¹ Питома вага раку шийки матки як причини ранньої смертності жінок дещо зменшилась протягом останніх 25 років, якщо у 1990 році вона становила 1,6% кількості років утраченого життя (YLL), то у 2016 році – 1,3% YLL.²

ГОЛОВНІ ПОВІДОМЛЕННЯ

1. Каскадний аналіз надає основу для оцінки континууму медичної допомоги – від скринінгу до призначення діагнозу, початку лікування, його моніторингу та дотримання рекомендацій щодо лікування, а також його результату. Такий аналіз континууму медичної допомоги дозволяє виявити точки розриву на шляху, який проходить пацієнт, і на основі результатів такого аналізу можна визначити, куди у першу чергу спрямувати зусилля, щоб вдосконалити надання медичної допомоги.
2. Як свідчать результати проведеного каскадного аналізу на основі рутинних даних державного сектору охорони здоров'я двох областей України, лише 53% жінок (у Львівській області) та 62% жінок (у Полтавській області), які мають регулярно обстежуватися щодо раку шийки матки, пройшли таке обстеження у 2016 році (розрив скринінгу – 47% та 38%, відповідно).
3. Значна частина жінок проходить обстеження регулярні огляди (скринінг) в ранньому віці починаючи з 18 років. Серед жінок, які пройшли скринінгове обстеження, 13% у Львівській області та 18% у Полтавській були жінки віком до 30 років.
4. Відсоток жінок з позитивними результатами скринінгу різний залежно від віку, причому найбільший відсоток позитивних результатів спостерігається серед жінок старше 50 років (дисплазія спостерігалася у 0,7% жінок <30 років, у 2,1% у жінок віком 31-50 років та у 4,7% у жінок старших за 50 років).
5. У багатьох жінок інтервали між оглядами були короткими, і тут постає питання ефективності: у 47% жінок інтервал становив <1 року, а у 84% інтервал <2 років.

¹ http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_18/PDF_E/05_struc10.pdf

² <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

6. Серед діагностованих випадків раку шийки матки негативні результати (смерть, зняття з диспансерного обліку, відмова від лікування та переривання лікування) недостатньо задокументовані в обох областях, що означає необхідність терміново приділити увагу забезпеченню відслідковування всіх результатів лікування. У когортах лікування за 2015 рік у 38% пацієнток (Львівська область) та 24% (Полтавська область) не було записів про завершення лікування раку шийки матки.
7. Для більш раннього виявлення випадків захворювання та підвищення загальної ефективності програми раку шийки матки в Україні необхідно розробити систему для проведення скринінгових обстежень з врахуванням особливостей різних вікових груп та груп ризику.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ

Однак за 15 років – з 2002 по 2016 рік – поступ у *ранньому виявленні раку шийки матки* був *незначним, а смертність протягом першого року після встановлення діагнозу знизилася не значно.*

Однак за 15 років – з 2002 по 2016 рік – поступ у *ранньому виявленні* раку шийки матки був незначним, а смертність протягом першого року після встановлення діагнозу знизилася не значно. У 2016 році було виявлено 77% випадків раку шийки матки на I-II стадіях, у порівнянні з 75% у 2002 році; у 4,8% випадків раку на IV стадії було вперше діагностовано у 2016 році, у порівнянні з 5,6% у 2002 році. Смертність у перший рік після встановлення діагнозу знизилася з 19,3% усіх випадків РШМ у 2002 році до 15,2% у 2016 році.³

Загалом 49% випадків раку шийки матки були виявлені під час звичайних профілактичних оглядів жінок. У 2016 році 79% жінок з позитивним діагнозом раку отримали протиракову терапію.⁴

Відповідно до офіційних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України, кожна жінка віком від 18 до 60 років повинна щороку проходити цитологічний аналіз на РШМ, і період між такими обстеженнями не повинен перевищувати три роки.⁵ В Україні медико-санітарні служби здійснюють цитологічні програми обстеження шийки матки в рамках звичайної медичної допомоги; такі програми включають цитологічний мазок під час проведення профілактичного гінекологічного огляду жінок. У випадку отримання підозрілих результатів мазка проводять повторний цитологічний аналіз. Крім того, здійснюють ультразвукове дослідження тазової порожнини.

Світовий банк, за підтримки Швейцарської програми розвитку, реалізує програму технічної допомоги "Підтримка реформ та управління в секторі охорони здоров'я в Україні". У 2017 році було проведено аналіз континууму медичної допомоги при раку шийки матки у двох областях України, Львівській та Полтавській, щоб оцінити точки розриву в каскаді медичної допомоги та визначити можливості для посилення контролю за РШМ.

3 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

4 Статистичні дані раку шийки матки, Бюлетень Національного канцер реєстру України № 19, 2015-2016. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_19/PDF/46-47%20shm.pdf

5 http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_236_RakShykyMatky/2014_236YKPMR_RSHM.pdf

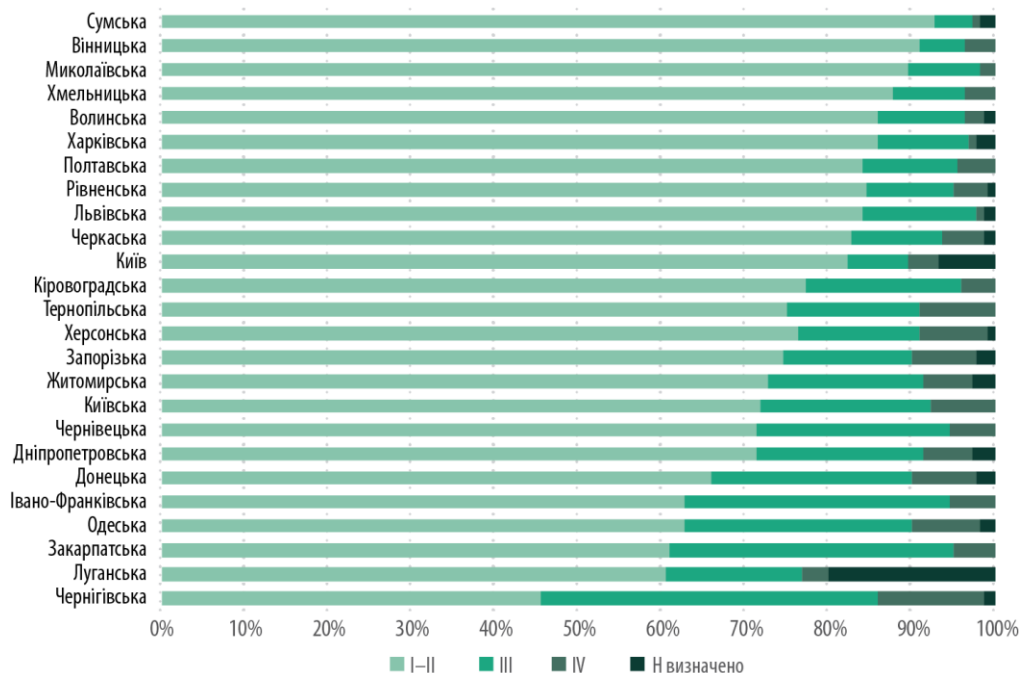
Завдяки аналізу була також сформована база даних станом на 2016 рік, до запровадження Програми Онкопревенція та впровадження ефективних протипухлинних технологій у Львівській області, в основу якої були покладені нові рекомендації Міністерства охорони здоров'я України щодо проведення профілактичного обстеження на рак шийки матки, видані у лютому 2018 року.⁶

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Маючи показник, що перевищує 80%, Львівська і Полтавська області щодо раннього виявлення РШМ займають місце вище середнього по країні.

Дані статистичної звітності про стан поширеності та нові випадки РШМ свідчать про суттєві відмінності між областями щодо раннього виявлення РШМ на I-II стадії: від 45% у Чернігівській області до понад 90% у Сумській області. Маючи показник, що перевищує 80%, Львівська і Полтавська області щодо раннього виявлення РШМ займають місце вище середнього по країні (Рис. 1). У обох областях також спостерігалось поступове зниження смертності у перший рік після виявлення РШМ за останні 15 років (у Львівській області скорочення на 37% з 2001 по 2016 рік, у Полтавській – на 34%, Рис.2). Це може бути сукупним результатом раннього виявлення раку та поліпшення надання медичної допомоги при РШМ.

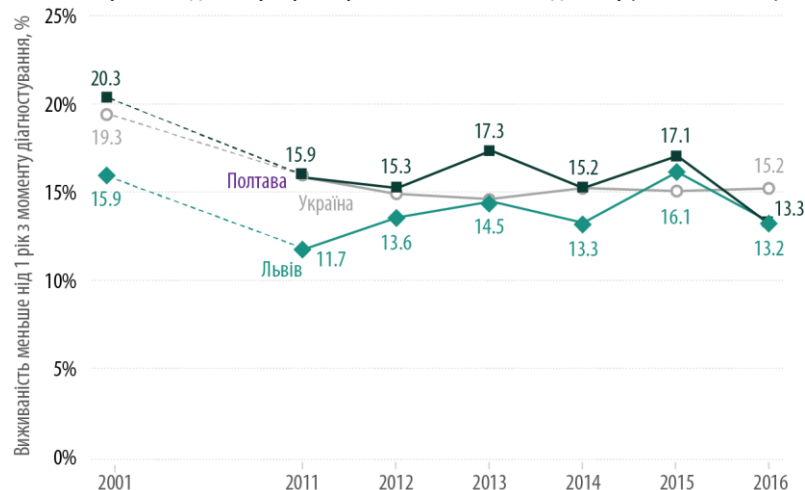
Рис. 1 Розподіл нових випадків РШМ за стадіями (2016)



Джерело: Національний канцер бюлетень, С53 (2016)

⁶ Устінюв О.В.(2018 р.). Рекомендації щодо діагностики захворювань та періодичних обстежень на рівні первинної медичної допомоги, розроблені Міністерством охорони здоров'я України. Медичний Часопис (Медичний Бюлетень) Онлайн версія від 2018-02-13.

Рис.2 Смертність від РШМ у перший рік після встановлення діагнозу (2001, 2011-2016)



Джерело: Національні канцер бюлетені 2001, 2011-2016.

КАСКАД СКРИНІНГУ

Каскад скринінгу в обох областях визначався на основі загальної кількості жінок, які мають проходити щорічні профілактичні огляди (віком 18 років і старше); ці дані є точкою входу до клінічного скринінгу шийки матки (Рис.3). Для цього були визначені такі етапи:

1. Відсоток жінок, які мали проходити щорічне профілактичне гінекологічне обстеження, і які пройшли таке обстеження (на підставі вікового критерію та з використання демографічних даних та даних дослідження *Індекс здоров'я* за 2016 рік)
2. Частка жінок, які зазвичай проходять скринінговий огляд на рак шийки матки (на основі даних амбулаторних карток пацієток)
3. Частка жінок з підозрілим результатом профілактичного гінекологічного огляду, які здійснюють подальше обстеження впродовж 6 місяців (амбулаторні картки пацієток)

.....
 З усіх жінок, які мають проходити щорічний гінекологічний огляд, 47% у Львівській області та 38% у Полтавській області не були оглянуті гінекологами згідно з даними дослідження *Індекс здоров'я* 2016 року.

СКРИНІНГ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ: ПИТАННЯ ОХОПЛЕННЯ, ВЕДЕННЯ ЗАПИСІВ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ

З усіх жінок, які мають проходити щорічний гінекологічний огляд, 47% у Львівській області та 38% у Полтавській області не були оглянуті гінекологами згідно з даними дослідження *Індекс здоров'я* 2016 року (середнє значення по країні 45%).⁷ За даними амбулаторних карток пацієток, майже всі жінки проходять клінічне обстеження на предмет раку шийки матки під час гінекологічного огляду у Львівській області (98%) та Полтавській області (99%). Ми провели триангуляцію двох точок оцінки кількості мазків, одна з яких – на основі даних вищезгаданого дослідження *Індекс здоров'я* та амбулаторних карток пацієток (каскадна оцінка на основі охоплення, Рис.3), а друга – на основі результатів лабораторного цитологічного аналізу мазків. Загальна кількість мазків, зафіксована цитологічною лабораторією, була вищою, ніж каскадна оцінка в обох областях. Це може бути пов'язано з тим, що багато жінок щороку здають більше ніж один мазок – дані 32% карток пацієток у Львівській області та 55% карток у

⁷ <http://health-index.com.ua/files/zvit-index-2016-eng.pdf>

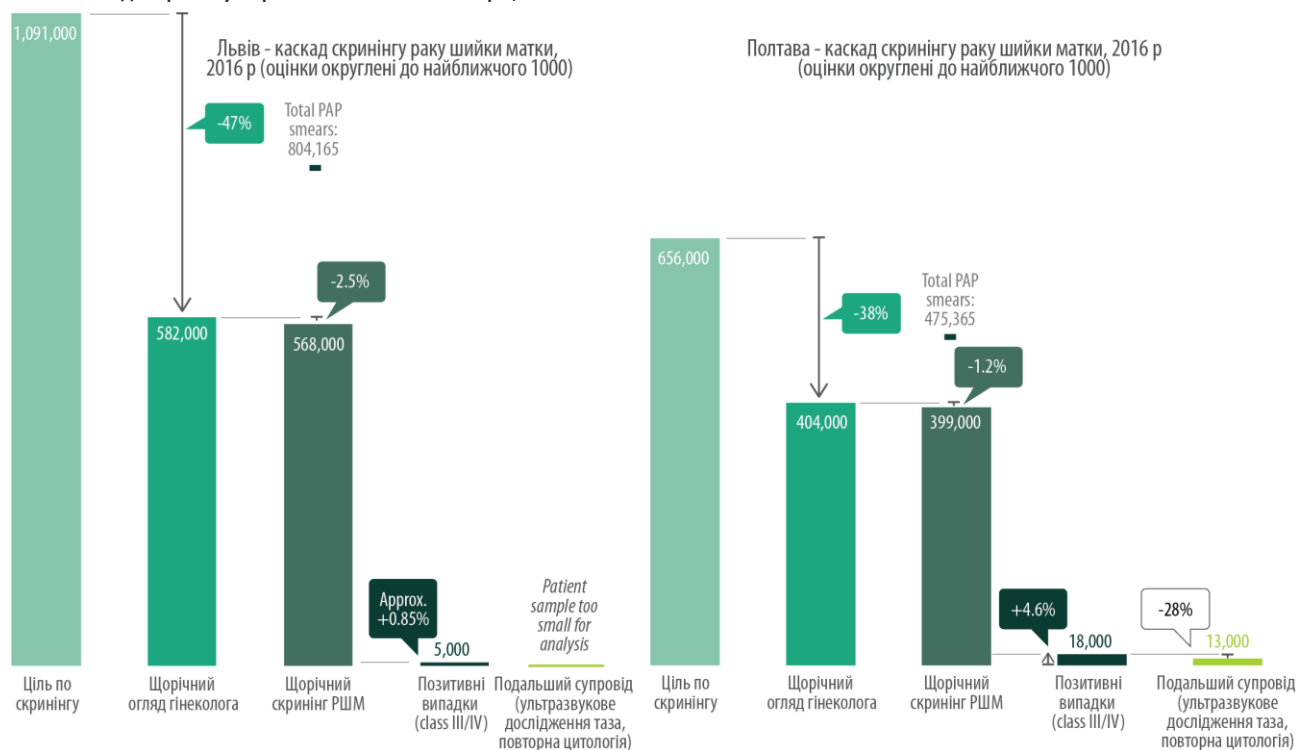
Більш поглиблений аналіз вікових моделей та результатів класифікації за стадіями ново виявлених випадків РШМ показав, що у жінок віком до 35 років діагностується менше 5% усіх випадків РШМ, і дуже мало випадках – у жінок віком до 30 років.

Полтавській області свідчать про те, що інтервал між мазками з профілактичною метою був менше 1 року. Варто зазначити, що, за даними амбулаторних карток пацієнток, принаймні деякі з цих коротких інтервалів між скринінгами були спричинені підозрілими результатами мазка. Серед жінок, які отримали результат "атипія" (II стадія), 57% були повторного оглянуті протягом наступних 12 місяців, а серед тих, що отримали результат "дисплазія" (III / IV стадія), 78% пройшли повторний огляд протягом наступних 12 місяців. Тим не менше, у **44% жінок з нормальним результатом мазка він був повторно взятий впродовж наступних 12 місяців, що є неефективним використанням ресурсів.**

ДІАГНОСТИКА: ВАЖЛИВІ ВТРАТИ НА ЦЬОМУ ЕТАПІ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПОДАЛЬШОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

При такій великій кількості щорічних цитологічних досліджень позитивний результат зовсім незначний – 0,85% у Львівській області та 4,6% у Полтавській (залишається незрозумілим, у чому причини відмінності у п'ять разів між цими двома областями). Останні два стовпчики каскаду, а саме кількості підозрілих результатів мазків та осіб, які проходили подальші діагностичні аналізи, було важко оцінити для Львівської області через те, що в амбулаторних картках пацієнток мало відповідних записів. У Полтавській області 28% жінок, які мали позитивні результати цитологічного обстеження, впродовж наступних 6 місяців не пройшли жодного додаткового обстеження – ані повторного гінекологічного огляду, ані ультразвукового або цитологічного дослідження. Проте практично у всіх жінок з "дисплазією" (96%) були повторно взяті мазки протягом наступних двох років, так само, як і у більшості з "атипією" (80%).

Рис.3 Каскади скринінгу на рак шийки матки за 2016 рік, Львівська і Полтавська області



Джерело: Демографічні статистичні дані Львівської та Полтавської областей (підлягають скринінгу), дослідження Індексу здоров'я 2016 року, дані амбулаторних карток пацієнток жіночих консультацій форма 025, Звіт Львівської цитологічної лабораторії про кількість проаналізованих мазків.

Група фахівців-онкологів пояснила, що I стадію часто діагностують лише після хірургічної операції, та погодилась, що "час до лікування" можна було б зменшити порівняно з нинішніми 22 днями для раку I стадії, якби були затверджені більш прості підходи до лікування.

ВИПАДКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ: У ОБОХ ОБЛАСТЯХ МАЛО ВИПАДКІВ СЕРЕД МОЛОДИХ ПАЦІЄНТОК, БІЛЬШЕ ПОЛОВИНИ ВИПАДКІВ ПРИПАДАЄ НА ЖІНОК ВІКОМ 40 – 59 РОКІВ (54%), І ТРЕТИНА – НА ЖІНОК ВІКОМ 60 РОКІВ І СТАРШЕ (32%).

Захворюваність на РШМ з розрахунку на 100 жінок становить 19,8 у Львівській області та 24,1 у Полтавській області.⁸ Більш поглиблений аналіз вікових моделей та результатів класифікації за стадіями ново виявлених випадків РШМ показав, що у жінок віком до 35 років діагностується менше 5% усіх випадків РШМ, і дуже мало випадках – у жінок віком до 30 років (2% у Львівській області, наймолодший випадок – пацієнтка віком 21 рік, і 1% у Полтавській області, наймолодший випадок – пацієнтка віком 27 років).⁹ У старших вікових групах частка випадків II-IV стадій була вищою, відповідно до очікуваного повільного розвитку цієї патології. Тут ми знову повертаємося до вікових груп, на які має бути спрямований скринінг на предмет РШМ: в багатьох країнах пріоритетною групою є жінки віком 30-65, адже це дозволяє підвищити і результативність мазків, і їхню ефективність. Інвазивний рак IV стадії був діагностований у 6% (Львівська область) та 4% (Полтавська область) усіх зареєстрованих випадків РШМ, відповідно. В обох областях найчастіше діагностували рак I стадії (Рис. 4).

Рис. 4 Випадки РШМ, зареєстровані у період 2015 – середина 2017 року у Львівській та Полтавській областях за віковими групами та стадіями раку

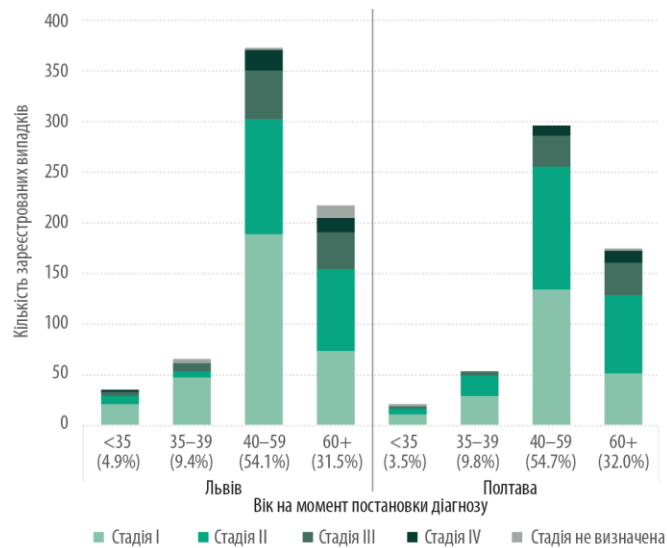
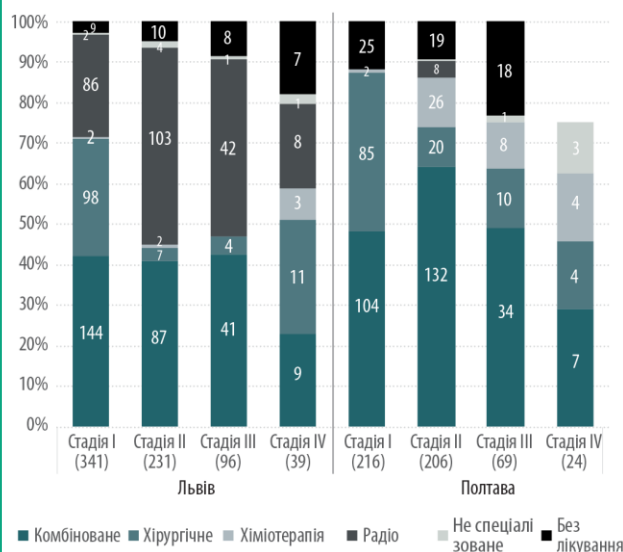


Рис.5 Види лікування у Львівській та Полтавській областях, дані за період 2015 – середина 2017 року



Джерело: Канцер реєстри за період 2015 – середина 2017 року Львівської та Полтавської областей.

СТРАТЕГІЇ ЛІКУВАННЯ: В ОБОХ ОБЛАСТЯХ У БІЛЬШОСТІ ВИПАДКІВ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ПОЄДНАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ (РИС. 5)

Є відмінності між двома областями у стратегії та протоколі лікування, часто через наявність чи відсутність певних ресурсів та потенціалу. Наприклад, у Львівській області

⁸ Статистичні дані щодо раку шийки матки, Бюлетень Національного канцер реєстру України № 19, 2015-2016. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_19/PDF/46-47%20shm.pdf

⁹ На основі даних канцер реєстру за період 2015 – середина 2017 року

За відсутністю подальшого супроводу пацієнток криється потенційна проблема, адже жінок з раком в анамнезі мають виклимати на обстеження частіше, ніж звичайних жінок.

променеви терапію застосовували у 34% усіх випадків, тоді як у Полтавській області променеви терапію застосовували лише у 2% випадків і тільки для другої стадії. Як зазначили лікарі-онкологи Полтавської області, у них немає належного обладнання для радіологічного лікування, і у разі необхідності пацієнтів направляють у Харківську область для променевого лікування.

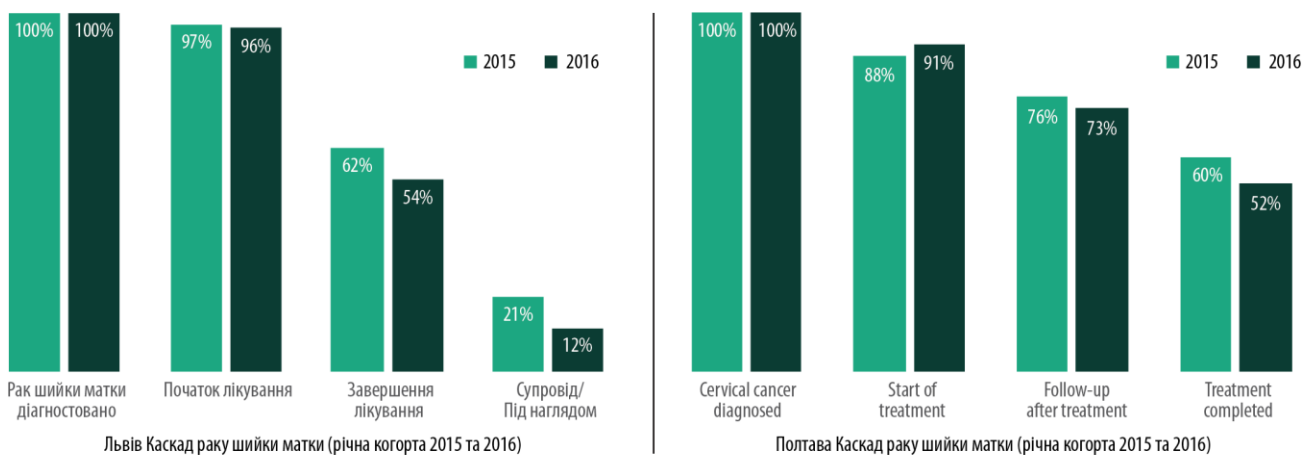
Проаналізовано середній інтервал між датою встановлення діагнозу та початком лікуванням, тобто "час до лікування". У період з 2015 року до середини 2017 року середній інтервал між діагнозом і початком лікування в Львівській області становив 23 дні, а у Полтавській області – 20 днів. У Львівській області розпочинали лікування через 22 дні після встановлення діагнозу рак шийки матки всіх стадій, тоді як у Полтавській області лікування починали швидше при більш розвиненій патології (наприклад, через 16 днів після встановлення діагнозу III стадії та через 22 дні для I стадії). Група фахівців-онкологів пояснила, що I стадію часто діагностують лише після хірургічної операції, та погодилась, що "час до лікування" можна було б зменшити порівняно з нинішніми 22 днями для раку I стадії, якби були затверджені більш прості підходи до лікування.

КАСКАД ЛІКУВАННЯ: ЩОБ ПОБУДУВАТИ КАСКАДИ ЛІКУВАННЯ РШМ, БУЛИ ОТРИМАНІ ТА ПРОАНАЛІЗОВАНІ ДАНІ КАНЦЕР РЕЄСТРУ ЗА 2015-2016 РОКИ. СЮДИ ВХОДЯТЬ ТАКІ ТРИ ЕТАПИ:

1. Відсоток діагностованих випадків раку шийки матки, за якими було розпочато лікування
2. Відсоток випадків підтвердженого завершення лікування (лише перший епізод)
3. Відсоток випадків, що мали докази моніторингу після лікування

Дані були проаналізовані для двох річних когорт, 2015 та 2016 років, щоб запобігти невключенню даних через недостатній час подальшого спостереження (дані, отримані з реєстрів у жовтні 2017 року) (Рис.6).

Рис. 6 Каскади лікування раку шийки матки за 2015 та 2016 роки, за даними канцер реєстрів Львівської та Полтавської областей



Джерела: Канцер реєстри, нові випадки раку шийки матки, виявлені у 2015 та 2016 роках у Львівській та Полтавській областях.

У обох областях та річних когортах в деяких випадках в канцер реєстрах не було записів про **початок лікування** (Рис. 6 – 3% та 4% у Львівській області, 12% та 9% у Полтавській). Більш детальне вивчення показало, що у більшості таких випадків не було записів про

залучення до медичної допомоги, незначна кількість випадків містила дані про відмову від лікування, переведення (зміна місця проживання та медичного обслуговування) або дуже часткове лікування. Онкологи зазначили, що основними причинами відмови є похилий вік та запущена стадія раку. В деяких випадках було важко визначити причину втрати пацієнтки з послідовності кроків медичної допомоги через недостатню інформацію в реєстрі раку обох областей. Часто незрозуміло, на якому етапі континууму медичної допомоги при РШМ сталася смерть.

Дані щодо **завершення лікування** не були ретельно зафіксовані в річній когорті канцер реєстру за 2015 та 2016 роки (Рис. 6). За два проаналізовані роки у 62% та 54% у Львівській області бракувало даних про статус або дату завершення лікування, і в 4 випадках з 677 було задокументовано припинення лікування. У Полтавській області у 76% та 73% випадків немає записів про результати лікування у реєстрі за 2015/2016 рр.; жодних даних про припинення лікування не було виявлено.

Моніторинг пацієнток після лікування не відстежується належним чином в обох регіонах і не документується у реєстрі. Це пояснили відсутністю налагодженого потоку інформації від сімейних лікарів до канцер реєстру, у тому числі і про смерть пацієнта. Однак, відповідно до Канцер бюлетеня за 2016 рік, п'ятирічна виживаність становить 70,4%.¹⁰ За відсутністю подальшого супроводу пацієнток криється потенційна проблема, адже жінок з раком в анамнезі мають викликати на обстеження частіше, ніж звичайних жінок.

ВИСНОВКИ

- ▶ Дослідження, проведене у співпраці з обласними групами лікарів-онкологів, продемонструвало **важливість аналізу** даних канцер реєстру для визначення напрямків **підвищення якості** надання медичної допомоги, зокрема такої стратегічно ключової інформації, як час до лікування, охоплення лікуванням, втрата пацієнтів на різних етапах надання медичної допомоги та схеми лікування (кожний показник – за різними стадіями раку).
- ▶ Для того, щоб **без зволікань розпочати лікування раку**, лікарям-онкологам потрібно мати чіткі стандартні процедури, краще забезпечення фармацевтичними препаратами та доступ до надійного діагностичного обладнання.
- ▶ Практичні рекомендації щодо ефективного початку лікування, підтримки пацієнтів та консультування (для мінімізації відмов, відміни лікування та втрат пацієнток з послідовності кроків медичної допомоги) повинні бути частиною стандартного протоколу надання медичної допомоги.
- ▶ **Необхідно посилити координацію між різними рівнями медичної допомоги при раку шийки матки** і, зокрема, моніторинг спостереження та ведення записів, аби забезпечити тривалу підтримку пацієнток і розуміти **кінцеві результати для них**. Вдосконалення обміну даними з відділами реєстрації онкологічних захворювань сприятиме покращенню даних про час настання смерті та смертність і, зрештою, забезпечить кращу оцінку 5-річної виживаності. Це також покращить дані про

¹⁰ Статистичні дані про рак шийки матки, Бюлетень Національного канцер реєстру України № 19, 2015-2016. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_19/PDF/46-47%20shh.pdf

завершення лікування та моніторинг після лікування, який українські лікарі-онкологи визнають важливими.

- ▶ Нещодавно опубліковані Національні рекомендації щодо скринінгу раку необхідно трансформувати у **системи цільових запрошень для скринінгу та нагадувань пацієнтам про необхідність його проходження** з урахуванням вікових особливостей та ризиків, на які наражається особа (Ілюстрація 1).
- ▶ Рекомендується **зменшити частоту скринінгу на рак шийки матки та спрямувати зусилля у цьому напрямку на певні вікові групи**, опираючись на останні рекомендації МОЗ та відповідно до доказів, отриманих на рівні міжнародних досліджень.

Ілюстрація 1 Світовий досвід скринінгу на рак шийки матки

Успіх програми скринінгу, а саме зниження захворюваності на рак шийки матки та смертності від нього, багато в чому залежить від:

- ▶ **охоплення** скринінгом жінок групи ризику
 - 1-3 скринінгові огляди протягом усього життя для переважної кількості жінок важливіші, ніж часті скринінги з низькоефективним охопленням для однієї й тієї ж маленької когорти жінок
- ▶ **цільовий вік** жінок, що мають пройти скринінг
 - наприклад, 30-65 років, оскільки низька результативність обстеження жінок до 30 років через повільний розвиток цього виду раку
- ▶ **подальше обстеження** жінок з позитивними результатами скринінгу
 - методи, які передбачають 1-2 відвідування, кращі, ніж ті, що передбачають 3 і більше відвідувань
 - перспективними є моделі, які поєднують скринінг і лікування, в МІС
- ▶ **достовірність** цитологічного аналізу
 - Середня чутливість (44-78%), висока специфічність (91-96%)
 - Необхідно забезпечити високу кваліфікацію персоналу та контроль якості

УЧАСНИКИ

Львівська область: Ірина Микичак, Маріанна Служинська, Орест Тріль, Михайло Шмідт, Світлана Струк, Юрій Вензилович, Орест Петричка, Степан Павлик, Тетяна Тарасова, Лілія Юхимів, Христина Пак, Ірина Шиманска

Полтавська область: Віктор Лисак, Юрій Курилко, Алла Бредіхіна, Олександр Кузьмін, Григорій Оксак, Костянтин Вакуленко, Орест Вовк, Ніна Дурдикулієва, Любов Клименко, Юрій Торяник

Світовий банк: Олена Дорошенко, Ольга Хан, Ніколь Фрейзер, Фон Зао, Девід Уїлсон

© International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Інтернет: www.worldbank.org; Телефон: 202 473 1000

Ця робота є продуктом працівників Світового банку. Результати, інтерпретації та висновки, викладені у цій роботі, не обов'язково відображають думку виконавчих директорів Світового банку або інших партнерських установ або урядів, які вони представляють. Світовий банк не гарантує точності даних, що містяться в цій роботі. Межі, кольори, позначення та інша інформація, відображена на будь-якій карті в цій роботі, не означає ніякого судження Світового банку стосовно правового статусу будь-якої території або схвалення чи прийняття таких кордонів.

Ніщо в цьому документі не становить або не вважається обмеженням або відмовою від привілеїв та імунітетів Світового банку, і всі вони зберігаються за Банком.

Права та дозволи



Ця робота доступна за ліцензією Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> За ліцензією Creative Commons Attribution, ви можете копіювати, поширювати та адаптувати цю роботу, у тому числі в комерційних цілях, за таких умов:

Посилання. Посилаючись на цю роботу, зазначайте таке: The World Bank. 2018. РАК ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ: КОНТИНУУМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ВИСНОВКИ ЯК СПРЯМУВАННЯ ДО ДІЇ. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

Переклади. Якщо ви створюєте переклад цієї роботи, додайте зазначену далі відмову від відповідальності разом з посиланням: цей переклад не був створений Світовим банком і не вважається офіційним перекладом Світового банку. Світовий банк не несе відповідальності за зміст чи помилки в його перекладі.

Всі запити щодо прав та ліцензій слід надсилати на адресу: Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington DC, 20433, USA; факс: 202-522-2625; електронна пошта: pubrights@worldbank.org.