

УДК 618.2/5+616-053.1+616-053.31+618.5:312.2+618.333

Р.В. Марушко<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>2</sup>, О.О. Дудіна<sup>1</sup>

# Характеристика акушерської допомоги в Україні

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ<sup>2</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2021.1(85): 30-41; doi 10.15574/PP.2021.85.30

**For citation:** Marushko RV, Goida NG, Dudina OO. (2021). Characteristics of obstetric care in Ukraine. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 1(85): 30-41. doi 10.15574/PP.2021.85.30

У сучасних умовах несприятливої демографічної ситуації тривалих воєнних дій на Сході України трансформації сфери охорони здоров'я, незадовільного стану здоров'я населення родопоміч як важливий інструмент формування громадського здоров'я має особливу соціальну і політичну значущість.

**Мета** — здійснити комплексний аналіз і оцінку ефективності акушерської допомоги в Україні в сучасних умовах.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексний ретроспективний аналіз і оцінку динаміки основних показників акушерської допомоги в Україні за даними державної і галузевої статистики за 2001–2019 рр. Застосовано методи системного підходу, бібліографічний, статистичної обробки даних, графічного зображення.

**Результати.** Дані проведеного дослідження показали, що сучасна система акушерської допомоги ґрунтується на принципах науково-обґрунтованої практики і доказового менеджменту. Проведене на популяційному рівні суцільне дослідження змін показників організації акушерської допомоги на догоспітальному етапі засвідчило зменшення числа абортів з 27,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2001 р. до 7,5 у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27), повне охоплення вагітних ультразвуковим дослідженням (УЗД), обстеженням на сифіліс, наявність ВІЛ/СНІДу при недостатньому забезпеченні вагітних жінок раннім диспансерним наглядом — 91,96–90,25%, високої при позитивній тенденції частоті гестозів — 11,3% у 2001 р. і 6,57% у 2019 р., темп убутку — 71,9%, преєклампсії і еклампсії — 2,8% у 2001 р. і 2,11% у 2019 р., темп убутку — 24,6%. Доведено, що організація акушерської і неонатальної допомоги на основі розроблених протоколів, що ґрунтуються на даних доказової медицини, дала змогу забезпечити позитивну динаміку ускладнених пологів із 67,8% у 2001 р. до 36,23% у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27), аномалій пологової діяльності з 111,2 до 41,14 на 1000 пологів, ВШ з 95% ДІ 0,3 (0,3–0,4), акушерських кровотеч із 36,3% до 18,55%, ВШ з 95% ДІ 0,5 (0,49–0,53). Проблемними залишаються питання збільшення обсягів хірургічних втручань у пологах — частоти кесаревих розтинів із 114,99% до 253,1%, ВШ з 95% ДІ 2,4 (2,3–2,4), інструментальних вагінальних пологів — з 5,27% до 13,8%, ВШ з 95% ДІ 2,6 (2,5–2,8). Високим, незважаючи на позитивну динаміку, (23,9 на 100 тис. народжених живими у 2001 р. і 14,9 у 2019 р.) залишається рівень материнської смертності. Зареєстроване зниження репродуктивних втрат з 9,1% у 2001 р. до 8,8% у 2019 р. супроводжувалося несприятливою зміною структури перинатальної смертності — збільшенням мертвонародженості з 4,8% до 5,8%, ВШ з 95% ДІ 1,2 (1,1–1,3) на тлі стійкого зростання частки антенатальної смерті плода — з 85,3% у структурі мертвонароджуваності у 2001 р. до 90,5% у 2019 р. при зменшенні рівня постнатальної смертності з 4,3% до 3,0%, ВШ з 95% ДІ 0,7 (0,6–0,8).

**Висновки.** Резервами подальшого удосконалення системи надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим є подальше розроблення і впровадження медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах, моніторинг показників організації акушерської допомоги, її якості і доступності.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** акушерство, перинатологія, вагітність, пологи, новонароджені, перинатальна смертність, мертвонароджуваність, материнська смертність.

## Characteristics of obstetric care in Ukraine

R.V. Marushko<sup>1</sup>, N.G. Goida<sup>2</sup>, O.O. Dudina<sup>1</sup><sup>1</sup>SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O.M. Lukyanova of National academy of medical sciences of Ukraine», Kyiv<sup>2</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

In modern conditions of an unfavorable demographic situation, prolonged hostilities in the East of Ukraine, the transformation of the health sector, the unsatisfactory state of health of the population, obstetrics, as an important tool for the formation of public health, has a particular social and political significance.

**Purpose** — to carry out a comprehensive analysis and assessment of the effectiveness of obstetric care in Ukraine in the modern period.

**Materials and methods.** A comprehensive retrospective analysis and assessment of the dynamics of the main indicators of obstetric care in Ukraine based on the data of state and industry statistics for the period 2001–2019 was carried out. Methods of a systematic approach, bibliographic, statistical data processing, graphic representation are applied.

**Results.** The data of the study showed that the current system of obstetric care is based on the principles of evidence-based practice and evidence-based management. Conducted at the population level, a continuous study of changes in the indicators of the organization of obstetric care at the pre-hospital stage showed a decrease in the number of abortions from 27.0 per 1000 women of fertile age in 2001 to 7.5 in 2019, OR from 95% CI 0.26 (0.26–0.27), full coverage of pregnant women with ultrasound, testing for syphilis, the presence of HIV/AIDS with still insufficient provision of pregnant women with early dispensary observation — 91.96–90.25%, high, with a positive trend, the frequency of gestosis — 11, 3 per 100 pregnant women in 2001 and 6.57 in 2019, the rate of decline is 71.9%, pre-eclampsia and eclampsia are 2.8% in 2001 and 2.11% in 2019, the rate of decline is 24.6%. It has been proved that the organization of obstetric and neonatal care based on the developed protocols, which are based on evidence-based medicine data, made it possible to ensure a positive dynamics of complicated labor from 67.8% in 2001 to 36.23% in 2019, OR with 95% CI 0.26 (0.26–0.27), labor anomalies from 111.2 to 41.14 per 1000 births, OR with 95% CI 0.3 (0.3–0.4), obstetric bleeding from 36.3 to 18.55, OR with 95% CI 0.5 (0.49–0.53). Issues of increasing the volume of surgical interventions in childbirth remain problematic — the frequency of cesarean sections from 114.99% to 253.1%, OR from 95% CI 2.4 (2.3–2.4), instrumental vaginal delivery — from 5.27% up to 13.8%, OR with 95% CI 2.6 (2.5–2.8). The level of maternal mortality remains high, despite the positive dynamics (23.9 per 100 thousand live births in 2001 and 14.9 in 2019). The registered decrease in reproductive losses from 9.1% in 2001 up to 8.8% in 2019 was accompanied by an unfavorable change in the structure of perinatal mortality — an increase in stillbirth from 4.8% to 5.8%, OR from 95% CI 1.2 (1.1–1.3) against the background of a persistent increase in the part of antenatal fetal death — from 85.3% in the structure of stillbirth in 2001 to 90.5% in 2019 with a decrease in postnatal mortality from 4.3% to 3.0%, OR from 95% CI 0.7 (0.6–0.8).

**Conclusions.** The reserves for further improvement of the system of providing medical care to pregnant women, to women in labor, postpartum women and newborns is the further development and implementation of medical organizational technologies, which are based on evidence, the organization of monitoring indicators of the organization of obstetric care, its quality and availability.

No conflict of interest was declared by the authors.

**Key words:** obstetrics perinatology, pregnancy, childbirth, newborns, perinatal mortality, stillbirth, maternal mortality.

## Характеристика акушерської допомоги в Україні

Р.В. Марушко<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>2</sup>, Е.А. Дудина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка Е.М. Лукьянової НАМН України», г. Київ

<sup>2</sup>Національний університет здравоохоронення України імені П.Л. Шупика, г. Київ

В сучасних умовах небагаточисельної демографічної ситуації, тривалих воєнних дій на Сході України, трансформації сфери охорони здоров'я, недовільного стану здоров'я населення, родовспоможіння як важливий інструмент формування суспільного здоров'я має особливу соціальну і політичну значимість.

**Цель** — здійснити комплексний аналіз і оцінку ефективності акушерської допомоги в Україні в сучасних умовах.

**Матеріали і методи.** Проведено комплексний ретроспективний аналіз і оцінку динаміки основних показників акушерської допомоги в Україні за даними державної і галузевої статистики за період 2001–2019 гг. Застосовано методи системного підходу, бібліографічний, статистичної обробки даних, графічного зображення.

**Результати.** Дані проведеного дослідження показали, що нинішня система акушерської допомоги ґрунтується на принципах науково-обґрунтованої практики і доказового менеджменту. Проведене на популяційному рівні комплексне дослідження змін показників організації акушерської допомоги на догоспітальному етапі засвідчувало зменшення числа абортів з 27,0 на 1000 жінок фертильного віку в 2001 г. до 7,5% в 2019 г., ОШ с 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27), повний охоплення вагітних УЗІ, дослідженням на сифіліс, наявність ВІС/СПІД при недостатньому забезпеченні вагітних жінок раннім диспансерним спостереженням — 91,96–90,25%, високої при позитивній тенденції частоті гестозів — 11,3 на 100 вагітних і 6,57 в 2019 г., темп зменшення — 71,9%, преєклампсії і екклампсії — 2,8 в 2001 г., 2,11% в 2019 г. і темп зменшення 24,6%. Доведено, що організація акушерської і неонатальної допомоги на основі розроблених протоколів, заснованих на даних доказової медицини, дозволила забезпечити позитивну динаміку ускладнених родов з 67,8% в 2001 г. до 36,23% в 2019 г., ОШ с 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27), аномалій родової діяльності з 111,2 до 41,14 на 1000 родов, ОШ с 95% ДІ 0,3 (0,3–0,4), акушерських кровотеч з 36,3% до 18,55%, ОШ с 95% ДІ 0,5 (0,49–0,53). Проблемними залишаються питання збільшення обсягів хірургічних втручань в родах — частоти кесаревих розтинів з 114,99% до 253,1%, ОШ с 95% ДІ 2,4 (2,3–2,4), інструментальних втручань в родах — з 5,27% до 13,8%, ОШ с 95% ДІ 2,6 (2,5–2,8). Високий, незважаючи на позитивну динаміку (23,9 на 100 тис. народжених живими в 2001 г. і 14,9 в 2019 г.), залишається рівень материнської смертності. Зареєстроване зменшення репродуктивних втрат з 9,1% в 2001 г. до 8,8% в 2019 г. супроводжувалося небагаточисельним збільшенням структури перинатальної смертності — збільшенням мертворождаємості з 4,8% до 5,8%, ОШ с 95% ДІ 1,2 (1,1–1,3) на фоні стійкого зростання частоти антенатальної смерті плода — з 85,3% в структурі мертворождаємості в 2001 г. до 90,5% в 2019 г. при зменшенні постнатальної смертності з 4,3% до 3,0%, ОШ с 95% ДІ 0,7 (0,6–0,8).

**Висновки.** Резервами подальшого удосконалення системи надання медичної допомоги вагітним, жінкам, родильницям і новонародженим є подальша розробка і впровадження медико-організаційних технологій, заснованих на доказах, моніторинг показників організації акушерської допомоги, її якості і доступності.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** акушерство, перинатологія, вагітність, роди, новонароджені, перинатальна смертність, мертворождаємість, материнська смертність.

## Вступ

В умовах політичних змін, збільшення соціальної неоднорідності суспільства, високої диференціації населення за рівнем прибутків, тривалих воєнних дій на Сході України, трансформації сфери охорони здоров'я найбільш уразливими групами населення стають жінки в період вагітності й пологів та діти.

Несприятлива демографічна ситуація, що тримається в країні, супроводжується погіршенням показників здоров'я жінок і дітей. Наразі стан репродуктивного здоров'я жінок України все ще не відповідає міжнародним стандартам і характеризується високим рівнем при негативній тенденції поширеності розладів менструацій, запальних хвороб шийки матки, злоякісних новоутворень жіночих статевих органів, високим рівнем захворюваності вагітних на цукровий діабет, хвороби щитоподібної залози, хвороби системи кровообігу, сечостатевої системи [1]. Зберігають актуальність і проблеми високих при позитивній динаміці рівнів материнської (24,7 на 100 тис. народжених живими у 2000 р. і 14,9 у 2019 р.) та перинатальної смертності (10,4 і 8,78 на 1000 народжених живими і мертвими відповідно), принциповою особливістю яких є залежність від медико-

організаційних чинників і обумовленість соціальними умовами життя населення [3,14,15]. Утримується негативна тенденція до збільшення узагальненого об'єктивного критерію здоров'я покоління, що народжується, та соціально-економічного благополуччя населення — частоти недоношених (4,64% — у 2000 р., 5,24% — у 2019 р.) і маловагових новонароджених — 5,39% і 5,78% відповідно [6].

Необхідною умовою поліпшення здоров'я матерів і новонароджених, попередження материнських і перинатальних втрат є забезпечення ефективної акушерської допомоги [17]. Якісна і своєчасно надана акушерська допомога в переважній більшості випадків дає змогу зберегти вагітність, забезпечити повноцінний розвиток плода, зберегти здоров'я і життя матері та її дитини.

Організація акушерської допомоги за сучасними підходами розглядається як організація перинатальної допомоги, основними складовими якої є надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги жінкам у період вагітності, під час пологів і в післяпологовому періоді, спостереження і догляд за здоровими та надання кваліфікованої медичної допомоги хворим і недоношеним дітям [13].

**Мета** дослідження — здійснити комплексний аналіз і оцінку ефективності акушерської допомоги в сучасних умовах.

### Матеріали та методи дослідження

Проведено комплексний ретроспективний аналіз і оцінку динаміки основних показників акушерської допомоги в Україні за період 2001–2019 рр. за даними державної і галузевої статистики. Застосовано методи системного підходу, статистичний, графічного зображення.

### Результати дослідження та їх обговорення

Національна система організації акушерської допомоги базується на основних принципах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) із цих питань. Основними її завданнями є надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги жінкам, вагітним, роділлям і породіллям.

Значною мірою ефективність акушерської допомоги визначається переорієнтацією її на науково-обґрунтовану практику та доказовий менеджмент. В Україні переорієнтація закладів акушерської допомоги на науково-обґрунтовану практику розпочалася ще з 2004 р. шляхом розроблення і впровадження клінічних протоколів, лікувально-діагностичні технології яких

ґрунтуються на даних надійних досліджень. Всесвітньо визнаною доказовою технологією організації медичної допомоги матерям і дітям є її регіоналізація, яка передбачає: забезпечення наступності та етапності в 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 і новонародженим; задоволення населення якістю і доступністю медичної допомоги [10].

Наразі система акушерської допомоги регламентована наказами МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» [7], від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» [8], від 31.10.2011 № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах» [9], від 29.11.2013 № 1030/102 «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 20.12.2013 № 2162/24694 [11], від

Таблиця

**Динаміка мережі лікувально-профілактичних закладів, що надають перинатальну допомогу, Україна, 2001–2019 рр.**

Рік	Пологові будинки		Відділення (кабінети) в амбулаторно-поліклінічних закладах				
	усього	в них жіночих консультацій	жіночі консультації	акушерсько-гінекологічні	оглядові	планування сім'ї та репродукції особи	медико-генетичні
2000	93	92	466	1346	1752	54	81
2001	91	89	460	1349	1886	69	90
2002	91	90	468	1321	2004	74	94
2003	91	90	465	1290	2037	73	95
2004	92	90	462	1298	2076	73	93
2005	89	87	471	1299	2150	76	97
2006	90	88	478	1303	2214	78	95
2007	89	89	479	1285	2211	120	95
2008	89	89	476	1276	2301	101	94
2009	87	88	494	1223	2287	107	92
2010	87	88	499	1191	2444	108	92
2011	88	87	462	1190	2138	107	96
2012	86	86	443	1171	1979	103	94
2013	88	85	417	1029	1228	98	90
2014	74	73	340	885	1040	83	76
2015	74	72	342	917	1011	81	73
2016	76	75	340	892	978	82	74
2017	75	75	340	899	999	82	71
2018	77	74	334	865	957	84	70
2019	71	68	331	841	876	81	63

19.10.2018 № 1881 «Про затвердження об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги» [12].

Розробка цих наказів ґрунтувалася на необхідності забезпечення жіночого населення незалежно від віку й місця проживання сталим доступом до служб планування сім'ї, акушерської допомоги, етапності надання медичних послуг при забезпеченні спадкоємності лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах, визначенні видів і обсягів допомоги на кожному етапі.

Станом на 01.01.2020 до складу закладів акушерської служби входить 71 пологовий будинок, в яких функціонує 68 жіночих консультацій. Крім того, 331 ЗОЗ має жіночі консультації, 841 — акушерсько-гінекологічні кабінети, 876 — оглядові кабінети, 81 — планування сім'ї та репродукції особи, 63 — медико-генетичні консультації. У 2019 р. в усіх стаціонарах країни налічувалося 15,9 тис. ліжок для вагітних та роділь і 2033 — для недоношених і хворих новонароджених. Відповідно до стратегічних напрямів розвитку служби охорони здоров'я матері і дитини продовжено планомірне реформування мережі і структури закладів, які надають медичну допомогу жінкам і новонародженим. З 2001 р. скорочено 20 малопотужних пологових будинків, 150 жіночих консультацій, 130 акушерсько-гінекологічних кабінетів, 1001 оглядовий кабінет, 12 відділень (кабінетів) планування сім'ї та репродукції людини, 27 медико-генетичних кабінетів (табл.).

Ці зміни, безумовно, пов'язані як із соціально-економічними процесами, демографічною ситуацією, так і з неповними даними щодо їх кількості в АР Крим і регіонах, де продовжуються військові дії, — у Донецькій і Луганській областях. Водночас вони здебільшого визначалися основними напрямками реформування сфери охорони здоров'я та заходами державних програм стосовно охорони материнства і дитинства.

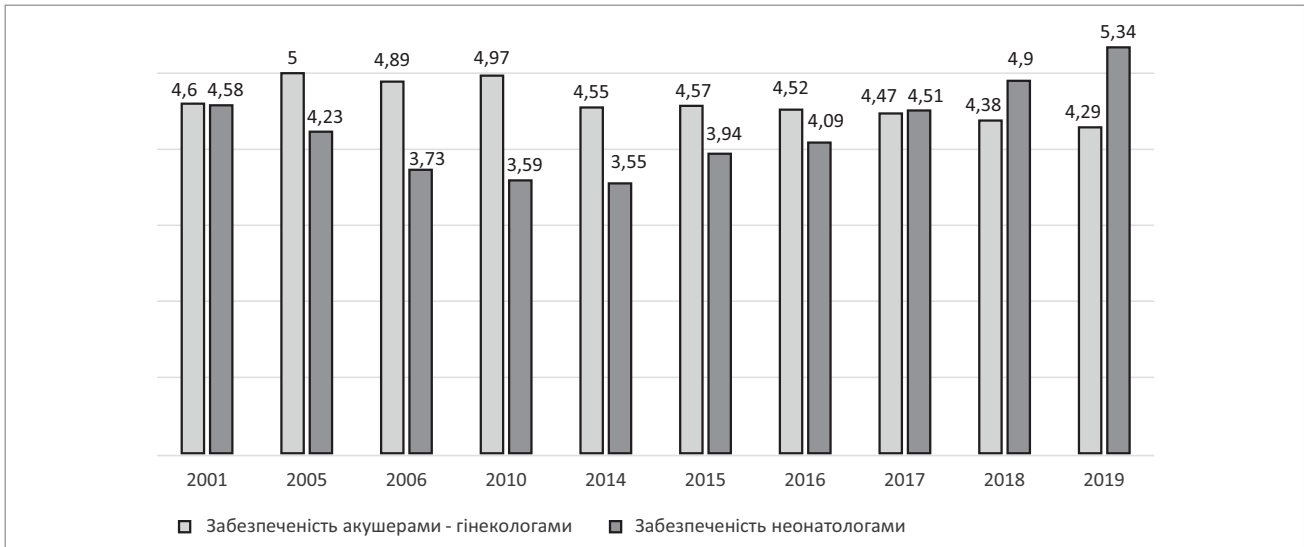
Так, для підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, родільням, породільням, новонародженим, створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні в Україні у переважній більшості регіонів організовані і функціонують перинатальні центри III рівня.

Важливим завданням діяльності ЗОЗ, що надають стаціонарну медичну допомогу вагітним, родільням, породільням і новонародженим, є повне задоволення їхніх потреб у базовій кваліфікованій і висококваліфікованій, спеціалізованій медичній допомозі, що забезпечується достатньою кількістю стаціонарних ліжок для цих контингентів населення. Зміни кількості родильних ліжок останніми роками в цілому відповідали стану демографічної ситуації. Чисельність їх скоротилася з 24,4 тис. у 2001 р. до 15,9 тис. у 2019 р., і наразі в середньому на 1000 пологів припадає 41,85 родильних ліжок проти 65,7, темп убутку — 56,9%, а на 1000 жінок фертильного віку — 1,62 проти 1,9, теми убутку — 17,2%. Менш інтенсивними темпами зменшувалася кількість неонатологічних ліжок (2109 — у 2001 р., 2033 — у 2019 р.), що на тлі стрімкого падіння кількості новонароджених (375–722 і 294–148 відповідно) зумовило зростання забезпечення новонароджених неонатологічними ліжками з 5,62 на 10 тис. новонароджених у 2001 р. до 6,91 у 2019 р. (темпер приросту — 18,7%).

Медичні кадри є ваговою складовою системою ресурсного забезпечення охорони здоров'я, забезпечуючи результативну та ефективну діяльність не лише галузі в цілому, але й окремих служб, ЗОЗ та їх структурних підрозділів. Політика кадрового забезпечення перинатальної служби, як і в цілому сфери охорони здоров'я, ґрунтується на принципах задоволення потреби у кваліфікованих і досвідчених кадрах з урахуванням досягнень медичної науки, пропорційному розподілі за територіальним принципом та залежно від типу закладу і рівня надання медичної допомоги. За рахунок випередження темпів зниження чисельності акушерів-гінекологів (з 12,3 тис. у 2001 р. до 9,6 тис. у 2019 р.) порівняно з жіночим населенням (26 260,8 тис. і 22 528,3 тис. відповідно) показник забезпеченості акушерами-гінекологами має тенденцію до зменшення — 4,6–4,29 на 10 тис. жіночого населення (темпер убутку — 7,25%). За цей же період кількість педіатрів-неонатологів зменшилася з 1602 до 1572. Проте забезпеченість ними у зв'язку зі зниженням рівня народжуваності збільшилася з 4,58 на 1000 народжених живими до 5,34 відповідно (темпер приросту — 14,2%), (рис. 1).

Укомплектованість штатних посад акушерів-гінекологів зайнятими по Україні у 2019 р. становила в середньому 92,26%, а основними працівниками — 87,6%. При цьому різниця між





**Рис. 1.** Динаміка забезпеченості населення лікарями акушерами-гінекологами та педіатрами-неонатологами, Україна, 2001–2019 рр. на 10 тис. жіночого населення та 1000 народжених живими

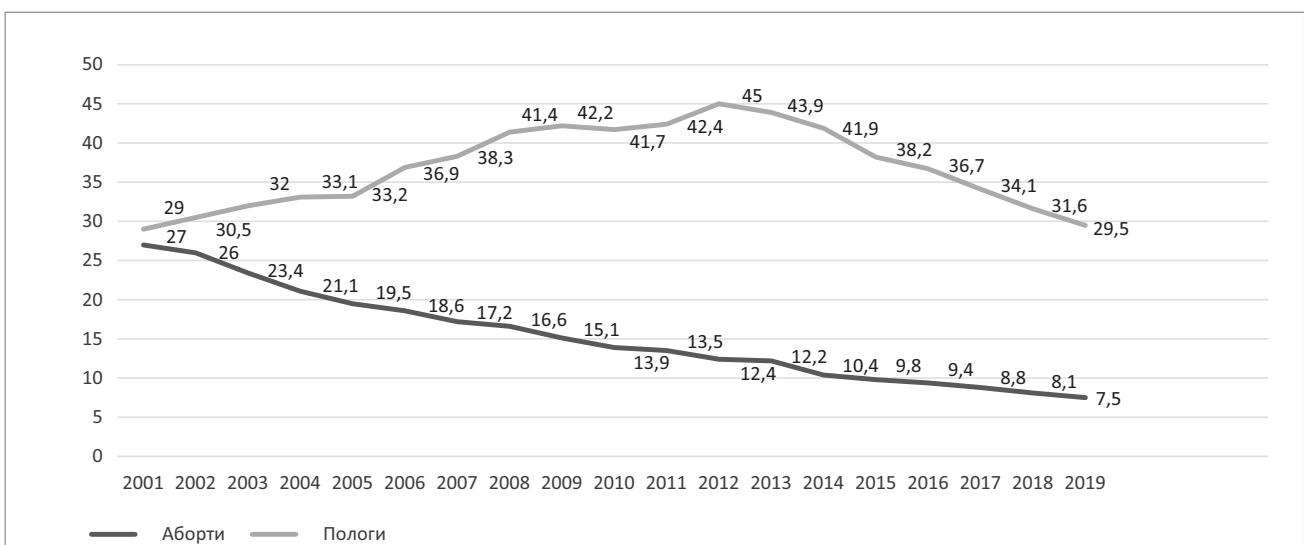
штатними посадами акушерів-гінекологів і фізичними особами була значною — 1222 одиниць. Нижчою залишилася укомплектованість ЗОЗ педіатрами-неонатологами — 89,06% зайнятими посадами і 71,76% основними працівниками при різниці між штатними посадами та основними працівниками — 440 одиниць.

У цілому кадровий дефіцит в Україні спричинений міграційними процесами, зростаючою соціальною мобільністю медиків, рівнем заробітної плати, що не задовольняє спеціалістів, відсутністю достатнього обсягу програм соціального захисту медичних працівників.

За даними атестації, професійний рівень спеціалістів служби охорони здоров'я матері і дитини останніми роками був достатнім. Так, частка атестованих акушерів-гінекологів упродовж останніх десятиріч коливалася в

межах 80,40–87,05% і у 2019 р. становила 85,8%. За цей період частка атестованих педіатрів-неонатологів становила 72,7–76,79% при 75,32% у 2019 р.

Важливим компонентом перинатальної допомоги є антенатальний догляд, оскільки вагітність та пологи є етапами життя, під час яких можливий раптовий розвиток небезпечного для життя стану, пов'язаного з порушенням життєво важливих функцій організму як матері, так і дитини. Тому в системах надання медико-санітарної допомоги більшості країн антенатальній допомозі приділяється особлива увага. Метою допологової допомоги є запобігання проблемам, пов'язаним зі здоров'ям як матері, так і немовляти, а також забезпечення здорового початку життя кожній новонародженій дитині.



**Рис. 2.** Динаміка частоти пологів і абортів, Україна, 2001–2019 рр., на 1000 жінок фертильного віку

Перинатальна допомога у 2019 р. надавалася 24 565,6 тис. жінкам, у т.ч. 31–142,6 тис. дівчаткам віком до 14 років, 533,6 тис. дівчатам віком 15–17 років та 9983,6 тис. жінкам фертильного віку. У цілому протягом 2001–2019 рр. кількість жінок фертильного віку зменшилася з 12–542,9 тис. до 9983,6 тис.

Суттєве значення в профілактиці ускладнень вагітності та пологів має профілактика абортів. Відомо, що аборт має як безпосередні негативні наслідки для народжуваності (тобто втрачено потенційне життя плода, який не народився, можливі випадки втрати життя жінки, яка в майбутньому могла б народити), так і опосередковані — наступні невиношування вагітності або навіть безпліддя [2].

У цілому частота абортів і високий показник перинатальної смертності висвітлюють складну соціально-економічну ситуацію, обмеження доступу до безпечної та ефективної медичної допомоги, а також обмежені можливості жінок у виборі здорового способу життя. Два вищевказані показники роблять власний внесок у показник смертності через материнську смертність, пов'язану з абортами, і дитячу смертність. Крім того, існує взаємозв'язок між застосуванням контрацептивів, показником абортів та здоров'ям матерів і дітей. Ось чому показники частоти абортів, частоти використання контрацептивів і показник перинатальної смертності можуть бути використані як такі, що специфічно відображають стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні.

Кількість абортів залежить від багатьох чинників, таких як рівень урбанізації населення, освітній рівень, соціально-економічне становище жінок, репродуктивні тенденції, релігія, культура, доступ до засобів планування сім'ї, законодавство.

Активна діяльність служби планування сім'ї, переорієнтація закладів перинатальної допомоги на науково-обґрунтовану практику сприяли позитивній динаміці частоти абортів в Україні — з 27,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2001 р. до 7,5 у 2019 р. Загальна кількість абортів за цей період зменшилася на 271,8 тис., ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27).

У середньому кожна жінка фертильного віку робить за життя 4–5 абортів. У світі статистика відношення абортів до живонароджених виглядає як 1:7, в Україні лише з 2001 р. частота пологів почала перевищувати частоту абортів, і у 2019 р. співвідношення абортів до живонароджених становило 1:3,9 (рис. 2).

Важливим напрямом антенатального догляду є спостереження за станом здоров'я вагітних жінок, організація і проведення профілактичних заходів, що передбачають попередження і раннє виявлення відхилень у стані здоров'я матері й новонародженого, зменшення частоти ускладнень вагітності та пологів, проведення заходів щодо запобігання післяпологовим ускладненням, щодо антенатальної охорони плода.

Останніми роками в Україні своєчасне охоплення вагітних жінок раннім (до 12 тижнів вагітності) диспансерним наглядом залишається

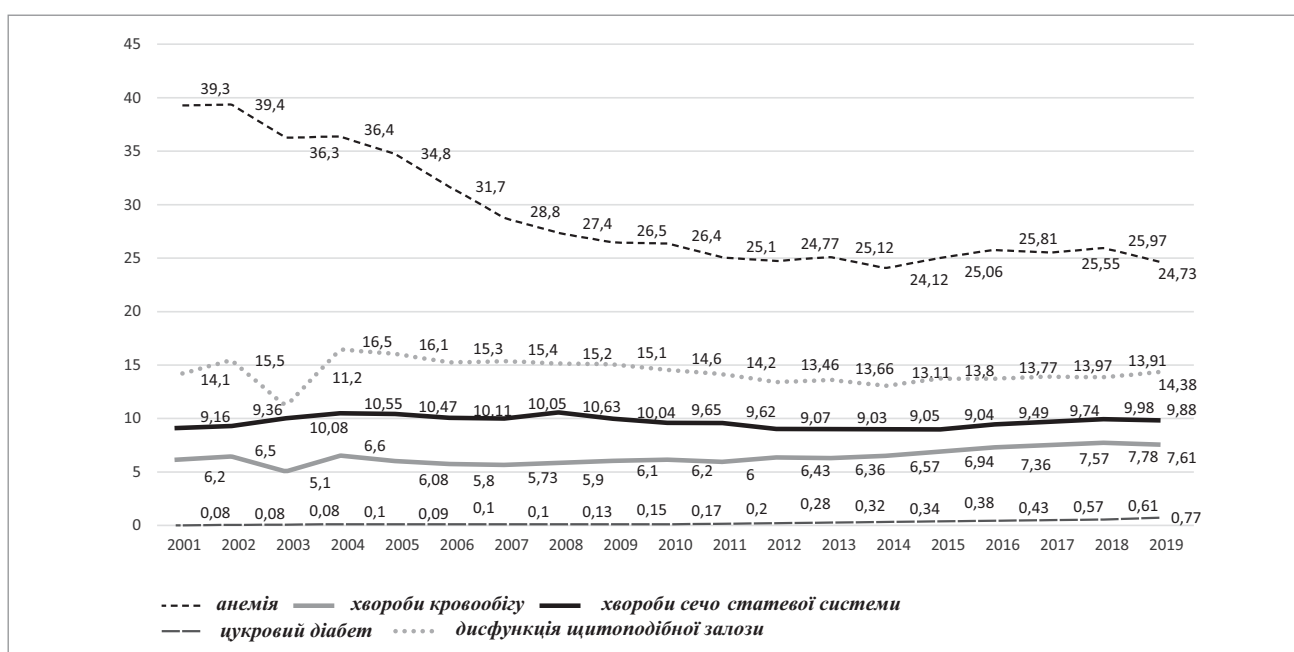


Рис. 3. Динаміка частоти окремих захворювань вагітних, Україна, 2001–2019 рр., на 100 вагітних

ся на рівні 91,96–90,25%, що є недостатнім. За даними досліджень, раннє звернення до жіночої консультації, своєчасне диспансерне спостереження вагітних сприяє поліпшенню показників здоров'я: зменшення частки народження недоношених і маловагових дітей, зниження рівня перинатальної смертності.

Повніше забезпечення раннього охоплення належним наглядом вагітних можливе як шляхом формування відповідних знань із питань впливу своєчасного обстеження та раннього консультування щодо розвитку вагітності на здоров'я майбутньої дитини та жінки, які слід проводити на всіх рівнях освіти, починаючи зі школи, так і ліпшим виконанням сімейними лікарями функцій з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, передбачених наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Суттєвим резервом зниження рівня перинатальної патології є виявлення груп ризику вагітних щодо перинатальної патології з проведенням диспансерного нагляду за ними. До чинників, що впливають на зменшення рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, належить високий рівень захворюваності вагітних і роділь. Надзвичайно серйозною проблемою в сучасній Україні є зростання у 9,6 раза захворюваності вагітних на цукровий діабет – з 0,08 на 100 вагітних у 2001 р. до 0,77 у 2019 р., тенденція до збільшення частоти хвороб щитоподібної залози – з 9,16 до 9,88, хвороб системи кровообігу – з 6,2 до 7,61, хвороб сечостатевої системи – з 14,1 до 14,38 відповідно. Наразі, незважаючи на позитивну тенденцію, все ще в кожній четвертій вагітній відмічається анемія, що є маркером як соціально-економічного благополуччя країни, так і гіпоксії плода та має прямий помірний зв'язок із рівнем перинатальної смертності –  $r=+0,4$  (рис. 3).

Загальноновизнано, що частота перинатальної патології залежить як від рівня екстрагенітальних захворювань, так і від якості роботи жіночих консультацій. Незважаючи на впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю в діяльність амбулаторної ланки акушерської служби, в цілому по Україні все ще високими при позитивній тенденції залишаються частота гестозів – 11,3 на 100 вагітних у 2001 р. і 6,57 у 2019 р., темп втрати – 71,9%, преєклампсії і еклампсії – 2,8% у 2001 р., 2,11% у 2019 р. і темп втрати – 24,6%.

На розвиток перинатальної патології у вагітних суттєво впливають захворювання, що передаються статевим шляхом, у зв'язку з чим вагального значення набуває своєчасність і повнота виявлення цієї патології. Слід зазначити, що, за даними державної статистики, в Україні щорічно обстежується на сифіліс 96–98% вагітних, а охоплення дворазовим обстеженням на наявність ВІЛ/СНІДу останніми роками становить 99,19–99,26%.

Програми допологової діагностики включають оцінку росту і розвитку плода, стану фетоплацентарної системи, виявлення природжених вад розвитку плода за даними ультразвукового дослідження (УЗД). Охоплення УЗД вагітних до 22 тижнів вагітності двічі протягом останніх років утримувалося в межах 96,05–96,62%. Регламентною системою надання акушерської допомоги передбачено обстеження вагітних із групи перинатального ризику на альфа-фетопротейни. Упродовж останніх десятиріч охоплення цим методом зросло з 9,9% у 2001 р. до 59,58% у 2019 р., темп приросту – 83,4%. За даними наукових досліджень, немає єдиної точки зору стосовно обов'язкового обстеження усіх вагітних на альфа-фетопротейни. Однак досвід засвідчив, що в результаті охоплення вагітних цим дослідженням можна значно зменшити частоту народження дітей з аненцефалією та спинномозковою килою.

Діяльність стаціонарних закладів акушерського сектору спрямовувалася на забезпечення доступності стаціонарної допомоги жінкам і новонародженим, збереження її ефективності при оптимальних фінансових затратах. Для створення необхідних умов з надання доступної та якісної медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах трирівневої системи перинатальної допомоги проведено такі заходи: закриття малопотужних пологових відділень; перепрофілювання ліжок у пологових відділеннях у бік збільшення ліжок для вагітних і породіль та скорочення ліжок патології вагітності; розгортання ліжок для реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; відпрацювання маршрутизації вагітних.

У 2019 р. із загальної кількості родильних ліжок, включаючи ліжка патології вагітності в пологових будинках і самостійних перинатальних центрах, функціонувало 6695 ліжок, або 41,9% ліжкового фонду, в обласних лікарнях – 907, або 5,7%, у міських лікарнях – 2268, або 14,2%, у центральних районних і районних

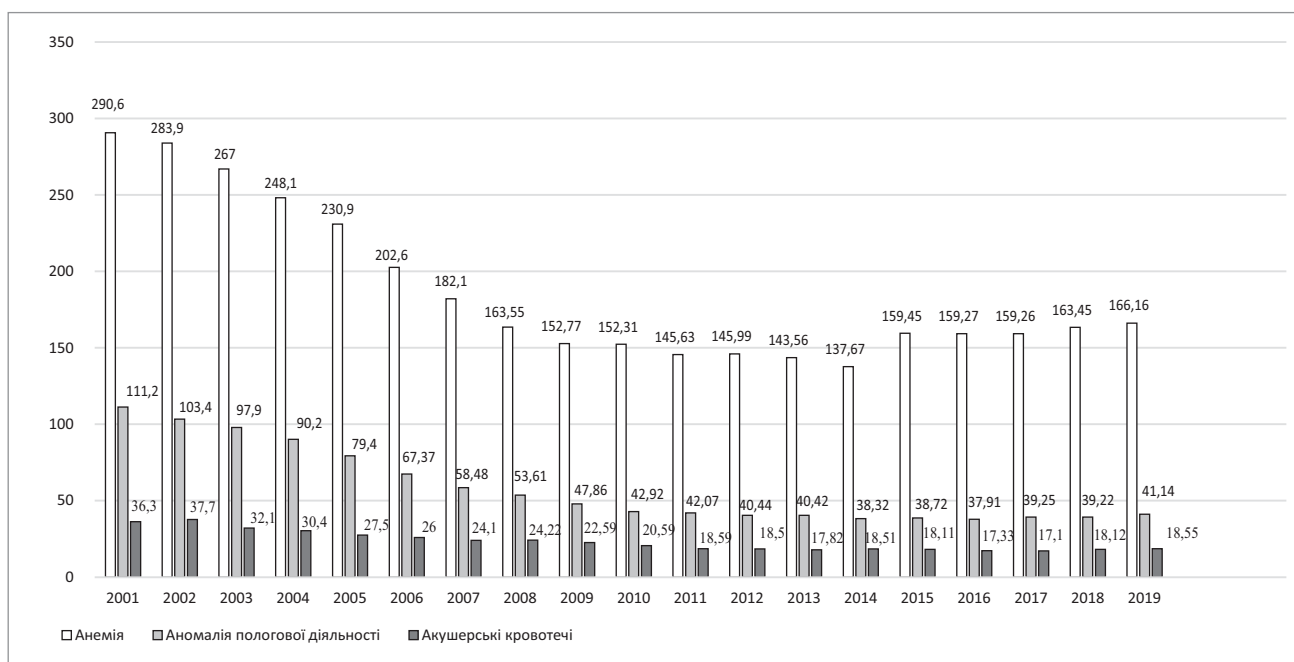


Рис. 4. Динаміка деяких ускладнень пологів і післяпологового періоду, Україна, 2001–2019 рр., на 1000 пологів

лікарнях — 5976, або 34,4% відповідно. У структурі пологових ліжок ліжка патології вагітності становили в цілому по Україні 40,1%, з них в обласних лікарнях — 7,5%, у пологових будинках і перинатальних центрах — 47,5%, у міських лікарнях — 12,7%, у центральних районних і районних лікарнях — 31,5%. Ці дані переважно відповідають стратегічним напрямкам перинатальної допомоги, проте потребує посилення реструктуризації ліжкового фонду для вагітних і родиль у бік зменшення ліжок патології вагітності.

На тлі несприятливої демографічної ситуації, що склалася в Україні, поступово зменшується число пологів. Так, у 2001 р. прийнято 373 808 пологів, у 2019 р. цей показник зменшився на 21,9% і становив 291 929 пологів.

Незважаючи на те, що якість соматичного і генеративного здоров'я населення України все ще не відповідає міжнародним стандартам і суттєво впливає на частоту ускладнених пологів, частка їх останніми роками зменшилася з 67,8% у 2001 р. до 36,23% у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27). Імовірно, це зумовлено впровадженням у діяльність закладів акушерсько-гінекологічної служби сучасних перинатальних технологій, зокрема, родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми тощо.

Однією з провідних проблем сучасного акушерства є патологія скоротливої діяльності матки, яка проявляється аномаліями пологової діяльності, матковими кровотечами і рядом

інших патологічних станів у пологах і післяпологовому періоді [5]. В Україні досягнута позитивна динаміка аномалій пологової діяльності з 111,2 на 1000 пологів у 2001 р. до 41,14 — у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,3 (0,3–0,4). акушерських кровотеч — з 36,3 до 18,55, ВШ з 95% ДІ 0,5 (0,49–0,53).

При цьому нами підтверджені дані вітчизняних дослідників [5] щодо залежності частоти пологових аномалій від анемії вагітних і родиль — виявлено прямий високої сили зв'язок частоти пологових анемій і аномалій,  $r=0,98$ .

За даними досліджень, впровадження сучасних перинатальних технологій сприяє зниженню таких тяжких ускладнень пологів і післяпологового періоду, як розриви матки, промежини та родовий сепсис і розлита післяродова інфекція. Однак після суттєвого зниження цих ускладнень у 2002–2015 рр. останніми роками утримується стабілізація розривів промежини III–IV ступенів на рівні 0,16–0,18 на 1000 пологів, розривів матки — на рівні 0,05–0,08, родового сепсису і розлиті післяродової інфекції — 0,05–0,02. Частота родового сепсису і розлиті післяродової інфекції мала позитивну динаміку (0,13 — у 2001 р., 0,05 — у 2019 р.) із піком 0,1 у 2006 р.

Особливе значення для зниження рівня материнської, дитячої, перинатальної захворюваності та смертності і, цим самим, поліпшення здоров'я майбутніх поколінь, мають методи оперативного розродження, серед яких найпоширенішими є: кесарів розтин, операція накла-



дення акушерських щипців і вакуум-екстракція плода. Частота родорозроджувальних операцій у сучасному акушерстві значною мірою визначається показаннями, зумовленими станом плода, і розширенням показань до кесаревого розтину. Наразі в цивілізованих країнах кесарів розтин є найпоширенішою родорозроджувальною операцією. Водночас немає єдиної думки про доцільність розширення показань до операції кесаревого розтину з метою зниження перинатальних втрат. На думку ряду авторів, рівень цього показника не має перевищувати 10–15% і подальше зростання частоти абдомінального розродження не тільки не впливає на результат вагітності й пологів, але не забезпечує поліпшення показників перинатальної захворюваності й смертності. Незважаючи на переваги вагінального розродження в Україні, останніми десятиріччями рівень кесаревих розтинів зріс і становив 114,99 у 2001 р., 185,35 — у 2015 р. і 236,16 — у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 2,4 (2,3–2,4).

Незважаючи на поширеність і безпечність кесаревого розтину, питання оперативних пологів через природні пологові шляхи шляхом вакуум-екстракції плода та накладання акушерських щипців не втрачає актуальності. За даними літератури, у розвинених країнах частота вакуум-екстракції плода становить 2,7–6,3% від загальної кількості пологів, а накладання щипців — 0,15–8,3%. В Україні протягом 2001–2019 рр. частота накладання акушерських щипців зменшилася з 4,46% у 2001 р. до 0,91% у 2019 р., темп убутку — 390,1%, частота плодоруїнівних операцій — з 0,58% до 0,12%, темп убутку — 383,3%, а частота вакуум-екстракції плода зросла

у 53 рази — з 0,23% до 12,37%. У цілому частота інструментальних вагінальних пологів збільшилася з 5,27% до 13,8%, ВШ з 95% ДІ 26 (2,5–2,8). Така ситуація свідчить про доцільність вивчення причин високої частоти хірургічних втручань у пологах і збільшення використання різних медичних технологій, що полегшують пологи.

Важливим завданням акушерської служби є забезпечення сприятливого результату кожної бажаної вагітності. На стан здоров'я плода, для якого материнський організм є зовнішнім середовищем, що повністю забезпечує внутрішньоутробний розвиток, закономірно впливає ефективність акушерської допомоги. У свідомо патологічних умовах зростання плід має підвищений ризик розвитку патології і під час пологів, і в постнатальному житті. Переорієнтація акушерської допомоги на науково-обґрунтовану практику та доказовий менеджмент зумовили позитивну динаміку частоти хворих новонароджених (рис. 5).

Проведений у ході дослідження кореляційно-регресійний аналіз виявив зворотний високої сили зв'язок вагомих критеріїв якості акушерської допомоги — частоти нормальних пологів і частоти хворих новонароджених,  $r = -0,98$ .

До інтегральних показників стану здоров'я матерів і діяльності ЗОЗ матері й дитини належать перинатальна і материнська смертність. За даними Державної служби статистики України, рівень перинатальної смертності у 2001 р. становив 9,1 на 1000 народжених живими і мертвими. Протягом 2001–2004 рр. відмічалася позитивна динаміка цього показника до 7,9 при щорічному зниженні

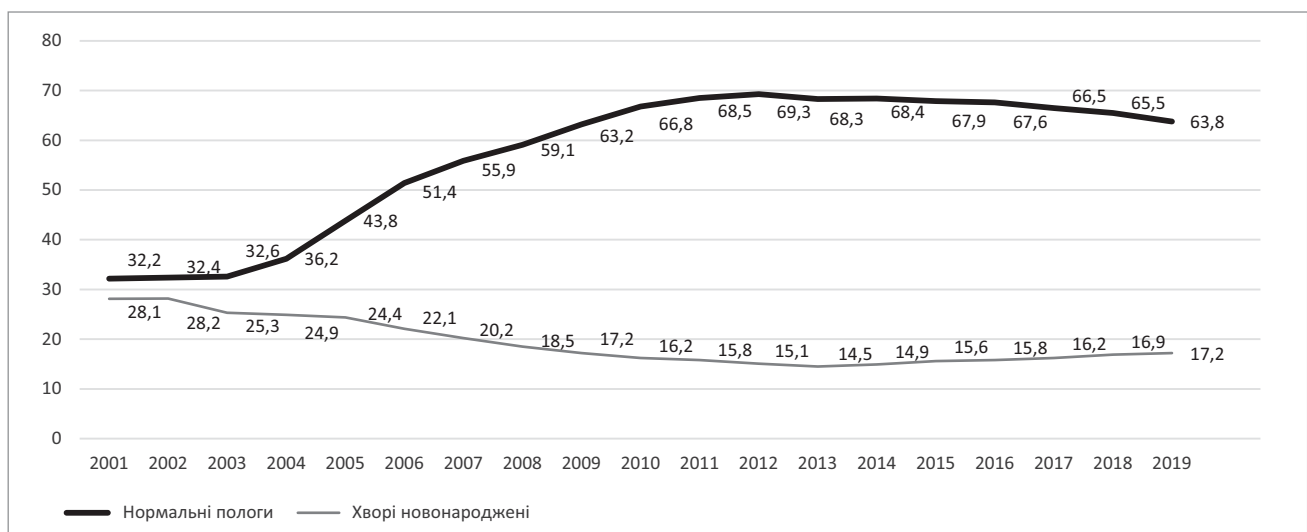


Рис. 5. Динаміка частоти нормальних пологів і хворих новонароджених, Україна, 2001–2019 рр., на 100 пологів і 100 народжених живими

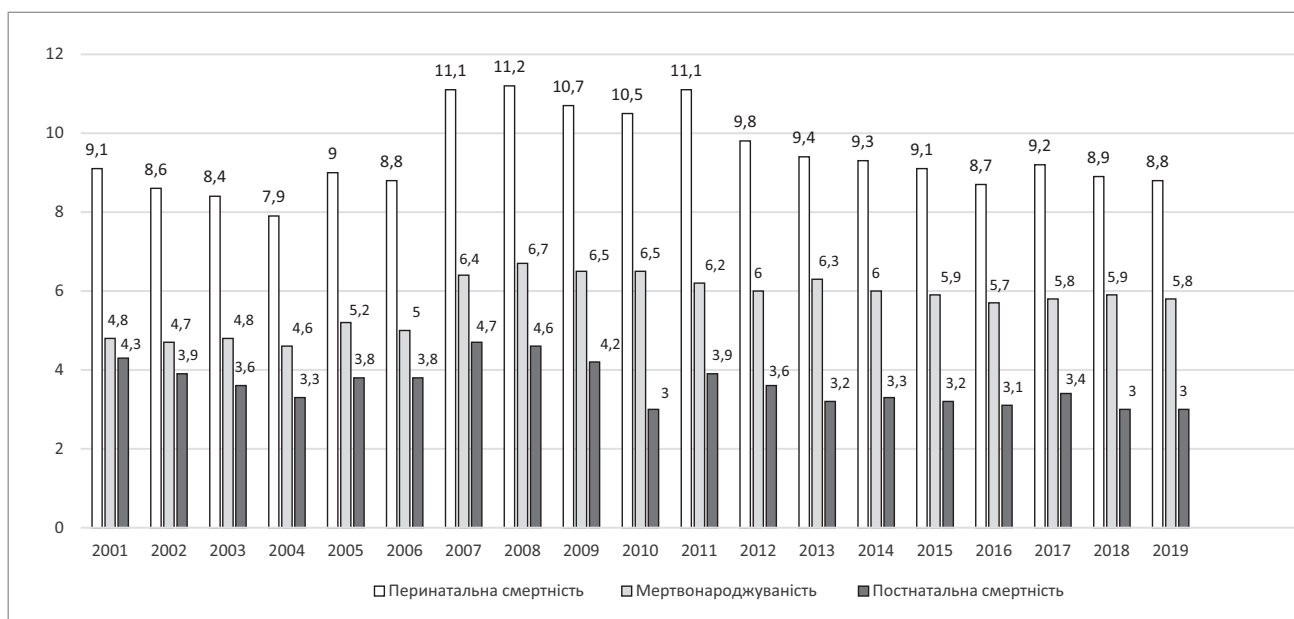


Рис. 6. Динаміка складових перинатальної смертності, Україна, 2001–2019 рр., на 1000 народжених живими і мертвими

на 1–9%, яка була порушена підвищенням до 9,0 у 2005 р., 8,8 — у 2006 р., що, вірогідно, зумовлено підготовкою до переходу на критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду та реєстрації перинатальної смертності й підтверджується тенденцією до збільшення частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г з 0,3% у 2004 р. до 0,4% у 2006 р. при одночасному зменшенні частоти народжених живими і мертвими з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г з 1,4% до 0,8% відповідно. Негативна динаміка перинатальних втрат утримувалася і в перші два роки після переходу України на критерії ВООЗ щодо визначення перинатального періоду та реєстрації перинатальної смертності — 11,0 і 11,2 у 2007–2008 рр., із подальшою тенденцією до зниження: 10,7 — у 2009 р.; 9,8 — у 2012 р.; 9,3 — у 2014 р.; 8,8 — у 2019 р. (рис. 6).

При цьому загальний рівень перинатальної смертності значно перевищує аналогічний показник у середньому по країнах Євросоюзу — 6,1%, Європейського регіону — 7,2% (2017 р.).

Роздільний аналіз динаміки мертвонароджуваності та постнатальної смертності виявив зміни в співвідношенні цих показників при загальній тенденції до їх зниження. Зниження перинатальної смертності в країні як до переходу на критерії ВООЗ стосовно перинатального періоду, живонародженості й мертвонародженості, так і після переходу на критерії ВООЗ відбулося за рахунок зменшення постнатальної смертності з 4,3% до 3,0%, ВШ з 95% ДІ

0,7 (0,6–0,8) і при збільшенні мертвонародженості з 4,8% до 5,8%, ВШ з 95% ДІ 1,2 (1,1–1,3).

У цілому рівень мертвонародженості перевищував рівень постнатальної смертності до переходу на критерії ВООЗ стосовно перинатального періоду, живонародженості і мертвонародженості у 1,15–1,33 раза, а після переходу — у 1,38–1,96 раза.

Загальновизнано, що рівень мертвонароджуваності тісно пов'язаний як із рівнем розвитку медицини, економіки в країні, функціонуванням системи охорони здоров'я в цілому, так і зі здоров'ям батьків і поведінкою матері під час вагітності.

Сучасна перинатальна ситуація в країні характеризується стійким зростанням частки антенатальної смерті плода — з 85,3% у структурі мертвонароджуваності у 2001 р. до 90,5% у 2019 р. Слід зазначити, що, за даними досліджень, основний контингент жінок з антенатальною смертністю становлять соціально неблагополучні вагітні, і з цих позицій зростання питомої ваги допологової загибелі плода в структурі мертвонароджуваності й перинатальної смертності може бути показником соціального неблагополуччя популяції.

Інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку, що відображає популяційний підсумок взаємодій економічних, екологічних, культурних, соціально-гігієнічних чинників і водночас критерієм якості та рівня організації роботи родопомічних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я. У 1991 р., коли Україна стала незалежною державою, рівень материнсь-

кої смертності становив 34,2 на 100 тис. народжених живими. Упродовж останніх десятиріч динаміка цього показника мала хвилюподібний характер із піком у 2009–2010 рр. — 25,8 і 23,9, зумовленим екстраординарною ситуацією — епідемічним ростом захворюваності вагітних на грип H1N1 при загальній тенденції до зниження — 14,9 у 2019 р. (рис. 7).

Основними причинами материнських втрат останніми роками залишаються прямі причини акушерської смерті (7,4–8,1 на 100 тис. живонароджених). Незважаючи на позитивну динаміку материнських втрат, рівень материнської смертності все ще в 1,5 раза перевищує аналогічні показники країн Європейського регіону та інших розвинених країн [16].

## Висновки

Теперішня система акушерської допомоги ґрунтується на принципах науково-обґрунтованої практики і доказового менеджменту. За період 2001–2019 рр. відповідно до медико-демографічної ситуації і потреб матерів у конкретних видах медичної допомоги в умовах трансформації сфери охорони здоров'я, розроблено клінічні протоколи медичної допомоги матерям і новонародженим, що ґрунтуються на доказах, здійснена регіоналізація перинатальної допомоги, проведено скорочення числа малопотужних нерентабельних ЗОЗ та їх структурних підрозділів при спадній тенденції забезпеченості жінок родильними ліжками (темп убутку — 8,7%), лікарями акушерами-гінекологами (темп убутку — 7,25%) і позитивній тенденції забезпеченості новонароджених ліжками (темп приросту — 18,7%) і лікарями педіатрами-неонатологами (темп приросту — 14,2%).

Зниження рівня народжуваності в цей період супроводжувалося зменшенням числа абортів, рівень яких знизився з 27,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2001 р. до 7,5 у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27) і лише з 2001 р. частота пологів почала перевищувати частоту абортів. При цьому серйозною проблемою залишається висока частота при негативній тенденції екстрагенітальних захворювань вагітних.

Проведене на популяційному рівні суцільне дослідження змін показників організації акушерської допомоги на догоспітальному етапі засвідчило достатньо повне охоплення вагітних обстеженням на сифіліс (96–98%), наявність ВІЛ/СНІДу (99,19–99,26%), УЗД (96,05–96,62%), збільшення частоти обстежень на альфа-фетопротеїни з 9,9% у 2001 р.

до 59,58% у 2019 р. Проте все ще недостатнім залишається своєчасне охоплення вагітних жінок раннім (до 12 тижнів вагітності) диспансерним наглядом — 91,96–90,25%, високими при позитивній тенденції утримуються частота гестозів — 11,3 на 100 вагітних у 2001 р. і 6,57 у 2019 р., темп убутку — 71,9%, прееклампсії і еклампсії 2,8% у 2001 р, 2,11% у 2019 р. і темп убутку — 24,6%.

Організація акушерської і неонатальної допомоги на основі розроблених протоколів, що ґрунтуються на даних доказової медицини, дала змогу забезпечити зменшення ускладнених пологів із 67,8% у 2001 р. до 36,23% у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,26 (0,26–0,27), позитивну динаміку аномалій пологової діяльності з 111,2 на 1000 пологів у 2001 р. до 41,14 у 2019 р., ВШ з 95% ДІ 0,3 (0,3–0,4), акушерських кровотеч з 36,3 до 18,55, ВШ з 95% ДІ 0,5 (0,49–0,53). При цьому значно зросли обсяги хірургічних втручань у пологах — частота кесаревих розтинів збільшилася з 114,99‰ до 253,1‰, ВШ з 95% ДІ 2,4 (2,3–2,4), а інструментальних вагінальних пологів — з 5,27‰ до 13,8‰, ВШ з 95% ДІ 2,6 (2,5–2,8), що свідчить про доцільність збільшення використання різних медичних технологій, що полегшують пологи.

Зв'язок параметрів здоров'я новонароджених із показниками акушерської допомоги найбільш виражений відносно частоти нормальних пологів — коефіцієнт кореляції частоти нормальних пологів із частотою хворих новонароджених становить — 0,98.

Зареєстроване зниження репродуктивних втрат упродовж аналізованого періоду з 9,1‰ у 2001 р. до 8,8‰ у 2019 р. супроводжувалося несприятливою зміною структури перинатальної смертності — збільшенням мертвонародженості з 4,8‰ до 5,8‰, ВШ з 95% ДІ 1,2 (1,1–1,3) при зменшенні рівня постнатальної смертності з 4,3‰ до 3,0‰, ВШ з 95% ДІ 0,7 (0,6–0,8), що на тлі стійкого зростання частки антенатальної смерті плода — з 85,3% у структурі мертвонароджуваності у 2001 р. до 90,5% у 2019 р. може свідчити про серйозні дефекти акушерської допомоги на пренатальному етапі.

Незважаючи на позитивну динаміку, високим (23,9 на 100 тис. народжених живими у 2001 р. і 14,9 у 2019 р.) залишається рівень материнської смертності і в 1,5 раза перевищує аналогічні показники країн Європейського регіону та інших розвинених країн.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## References/Література

- Antypkin YuH, Lapshyn VF, Marushko RV, Dudina OO, Bondarenko Nlu. (2020). Suchasnyi stan reproduktyvnoho potentsialu zhinok Ukrainy. Reproduktyvna endokrynologiya. 53: 9–18. [Антипкін ЮГ, Лапшин ВФ, Марушко РВ, Дудіна ОО, Бондаренко НЮ. (2020). Сучасний стан репродуктивного потенціалу жінок України. Репродуктивна ендокринологія. 53: 9–18].
- Derzhavnyi komitet statystyky Ukrainy. (2008). Naseleennia Ukrainy. Narodzhuvaniest v Ukraini v konteksti suspilno-transformatsiinykh protsesiv. Instytut demografii ta sotsialnykh doslidzhen NAN Ukrainy. Kyiv: ADEF-Ukraina: 190–192. [Державний комітет статистики України. (2008). Населення України. Народжуваність в Україні в контексті суспільно-трансформаційних процесів. Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України. Київ: АДЕФ-Україна: 190–192].
- Grshybowyskyj JL, Smianov VA, Myronyuk JV et al. (2019). Ten Indicators Which Characterize Medical-Demographic Processes in Adjacent Regions of Ukraine and Poland. Wiadomosci Lekarskie. 72 (5): 868–876.
- Kobyletska NA. (2015). Profilaktyka anomalii polohovoi diialnosti ta perynatalnoi patolohii z vykorystanniam partnerskykh polohiv. 14.01.01 — akusherstvo ta hinekologiya. Dys na zdobuttia nauk stup kandmed nauk. Sumy: 139. [Кобилецька НА. (2015). Профілактика аномалій пологової діяльності та перинатальної патології з використанням партнерських пологів. 14.01.01 — акушерство та гінекологія. Дис на здобуття наук ступ канд. мед. наук. Суми: 139].
- Markin LB, Kucherova MM. (2014). Profilaktyka slabkosti polohovoi diialnosti. Pediatriia, akusherstvo ta hinekologiya. 2: 80–82. [Маркін ЛБ, Кучерова ММ. (2014). Профілактика слабкості пологової діяльності. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2: 80–82]. URL: <https://nmapo.edu.ua/zagruzka/DrAr/DrKobyletska.pdf>.
- Marushko RV, Dudina OO, Marushko TL. (2020). Analiz stanu zdorovia ditei persho roku zhyttia. Suchasna pediatriia. Ukraina 5 (109): 24–32. [Марушко РВ, Дудіна ОО, Марушко ТЛ. (2020). Аналіз стану здоров'я дітей першого року життя. Сучасна педіатрія. Україна 5 (109): 24–32]. doi: 10.15574/SP.2020.109.24.
- MOZ Ukrainy. (2003). Pro orhanizatsiiu nadannia statsionarnoi akushersko-hinekologichnoi ta neonatologichnoi dopomohy Ukraini. Nakaz MOZ Ukrainy vid 29.12.2003 № 620 «Pro orhanizatsiiu nadannia statsionarnoi akushersko-hinekologichnoi ta neonatologichnoi dopomohy Ukraini». [МОЗ України. (2003). Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги Україні. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги Україні»]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0620282-03/ed20031229/print>.
- MOZ Ukrainy. (2011). Pro orhanizatsiiu ambulatornoi akushersko-hinekologichnoi dopomohy v Ukraini. Nakaz MOZ Ukrainy vid 15.07.2011 № 417 «Pro orhanizatsiiu ambulatornoi akushersko-hinekologichnoi dopomohy v Ukraini». [МОЗ України. (2011). Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»]. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3428>.
- MOZ Ukrainy. (2011). Pro udoskonalennia orhanizatsii nadannia dopomohy materiam ta novonarodzenym v perynatalnykh tsentrakh. Nakaz MOZ Ukrainy vid 31.10.2011 № 726 «Pro udoskonalennia orhanizatsii nadannia dopomohy materiam ta novonarodzenym v perynatalnykh tsentrakh». [МОЗ України. (2011). Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах»]. URL: <https://medprosvita.com.ua/nakaz-moz-ukrayini-vid-31-10-2011-n-726-pro-vdoskon/>.
- MOZ Ukrainy. (2012). Za red. Moiseienko RO. Natsionalni pidkhody do vprovadzhennia systemy rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy v Ukraini. Kyiv: 135. [МОЗ України. (2012). За ред. Моїсєєнко РО. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. Київ: 135]. URL: [https://jsui/bitstream/lib/21115/1/Kep\\_vniictvo\\_z\\_per\\_dspace.uzhnu.edu.ua/jsui/](https://jsui/bitstream/lib/21115/1/Kep_vniictvo_z_per_dspace.uzhnu.edu.ua/jsui/).
- MOZ Ukrainy. (2013). Pro udoskonalennia systemy planuvannia simi ta okhorony reproduktyvnoho zdorovia v Ukraini. Nakaz MOZ Ukrainy vid 29.11.2013 r. № 1030/102 «Pro udoskonalennia systemy planuvannia simi ta okhorony reproduktyvnoho zdorovia v Ukraini». [МОЗ України. (2013). Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Наказ МОЗ України від 29.11.2013 р. № 1030/102 «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні»]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2162-13>.
- MOZ Ukrainy. (2018). Pro zatverdzhennia Obienu nadannia vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy, shcho povynen zabezpechuvatsia bahatoprofilnyimi likarniamy intensyvnogo likuvannia pershoi ta druhoi rivnia, ta Zmin do Poriadku rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy. Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.10.2018 roku № 1881 «Pro zatverdzhennia Obienu nadannia vtorynnoi (spetsializovanoi) medychnoi dopomohy, shcho povynen zabezpechuvatsia bahatoprofilnyimi likarniamy intensyvnogo likuvannia pershoi ta druhoi rivnia, ta Zmin do Poriadku rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy». [МОЗ України. (2018). Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги. Наказ МОЗ України від 19.10.2018 року № 1881 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги»]. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE32744Z.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE32744Z.html).
- NMU im. Bohomoltsia O.O. (2009). Akusherstvo (uchbovyi posibnyk dlia studentiv medychnykh fakultetiv): Kyiv. [НМУ ім. Богомольця О.О. (2009). Акушерство (учбовий посібник для студентів медичних факультетів): Київ]. URL: [https://medinfo.social/akusherstvo\\_880-ginekologiya/ouchbovyi-posibnik-dlya-studentiv-medichnih.html](https://medinfo.social/akusherstvo_880-ginekologiya/ouchbovyi-posibnik-dlya-studentiv-medichnih.html).
- Shelkovaia NN. (2013). Demograficheskaia znachymost reproduktyvnykh poter Uchet y statystyka. 32 (4): 111–124. [Шелковая НН. (2013). Демографическая значимость репродуктивных потерь Учет и статистика. 32 (4): 111–124].
- Susan M, Lee Rife I. (2010). Women's Empowerment and Reproductive Experiences Over the Lifecourse. Social Science and Medicine. 71 (3): 634–642.
- WHO. (2019). World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0827/biblio01.php>.
- Yaroslavskiy KV. (2019). Akusherskiye y orhanyzatsyonnye aspekty obespecheniya monitorynga y upravleniya kachestvom medytynskoi pomoshchy v rodovspomozhenii. 14.01.01. — akusherstvo y hinekologiya 14.02.03. — obshchestvennoe zdorove y zdavoookhraneniye. Avtor dyss na soyskanye uchenoi stepeny kand med nauk Sankt-Peterburh: 23. [Ярославский КВ. (2019). Акушерские и организационные аспекты обеспечения мониторинга и управления качеством медицинской помощи в родовспоможении. 14.01.01. — акушерство и гинекология 14.02.03. — общественное здоровье и здравоохранение. Автор дисс на соискание ученой степени канд мед наук Санкт-Петербург: 23]. URL: [https://ott.ru/files/news/pg/2019\\_yaroslavskiy/av-toreferat\\_dissertatsii\\_yaroslavskiy.pdf](https://ott.ru/files/news/pg/2019_yaroslavskiy/av-toreferat_dissertatsii_yaroslavskiy.pdf).

## Відомості про авторів:

**Марушко Ростислав Володимирович** — д.мед.н., зав. науково-організаційного відділення ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 484-18-71. <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

**Гойда Ніна Григорівна** — д.мед.н., проф., професор кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Адреса: м Київ, вул. Дорогожичського, 9; тел. (044) 205-49-90.

**Дудіна Олена Олександрівна** — к.мед.н., ст.н.с., пров.н.с. науково-організаційного відділення ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України».

Адреса: м Київ, вул. Платона Майбороди, 8; тел. (044) 483-92-59. <http://orcid.org/0000-0001-9828-976X>.

Стаття надійшла до редакції 28.10.2020 р.; прийнята до друку 12.02.2021 р.