

УДК 314.1(477:100)

DOI 10.24144/1998-6475.2019.44.49-56

ОГЛЯД ДИНАМІКИ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ НА ФОНІ КРАЇН ЄС ТА СВІТУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Рогач І.М., Керецман А.О., Гаджега І.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни з курсом історії медицини, м. Ужгород

Резюме. *Вступ.* Негативна тенденція основних демографічних показників в Україні давно стала одною з найактуальніших проблем сучасності. Негативний природний приріст, надмірний рівень перинатальної смертності та захворюваності дитячого та материнського населення на фоні економічних, політичних та соціальних проблем призвели до різкого скорочення чисельності населення нашої держави.

Метою дослідження було проаналізувати, порівняти динаміку показників народжуваності, смертності, дитячої та перинатальної смертності в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу; виявити можливі проблеми та, спираючись на досвід високорозвинутих країн Європи, вивчити можливі методи оптимізації негативної демографічної ситуації в областях та Україні загалом.

Матеріали та методи. Для даної роботи використано результати наукових досліджень вітчизняних науковців, дані Інституту стратегічних досліджень МОЗ України, звіти та публікації Закарпатського обласного інформаційно-аналітичного центру та Європейської бази даних «Здоров'я для всіх». Також було використано накази та щорічні доповіді МОЗ України.

Результати досліджень показали, що наша держава не тільки критично відстає в плані рівня народжуваності та смертності від країн Європейського регіону, але й за рівнем перинатальної смертності. Низька інформатизація населення, байдужість до власного здоров'я молодого покоління призводить до негативних наслідків, які проявляються підвищенням рівня смертності немовлят у віці від 22-го тижня ембріонального розвитку до 7-го дня життя. Основними причинами такого «перинатального» колапсу є ті, на які ми можемо вплинути, та які давно усунені на задній план системами організації перинатальної допомоги населенню розвинутих та високорозвинутих країн ЄС та світу.

Висновки. 1. Динаміка основних демографічних показників в Україні на сьогоднішній день залишається негативною. 2. Закарпатська область має нижчі показники загальної та перинатальної смертності від середньо державних, але все ще негативним залишається коефіцієнт перинатальної смертності. 3. Сьогоднішня система організації перинатальної допомоги в Закарпатті, як і в Україні загалом у процесі регіоналізації потребує вдосконалення в напрямку регіональної децентралізації влади та фінансування. 4. Досвід високорозвинутих країн у вирішенні вищеописаного питання може слугувати основою для врегулювання проблеми в нашій державі.

Ключові слова: народжуваність, смертність, перинатальна смертність, регіоналізація.

Overview of the demographic situation dynamics in Ukraine and its regions compared to EU and the world: aspects and problems

Rohach I., Keretzman A., Hadzheha I.

Abstract. *Introduction.* The negative trend of the main demographic indicators in Ukraine has long become one of the most pressing problems of our time. A negative natural increase, an excessive level of perinatal mortality and morbidity of the child and maternal population against the background of economic, political and social problems led to a sharp reduction in the population of our country.

The purpose of the article was to analyze, compare the dynamics of birth rates, mortality, child and perinatal mortality in Ukraine and its regions against the backdrop of the EU and the world; identify possible problems and, based on the experience of highly developed European countries, study possible methods of optimizing the negative demographic situation in the regions and Ukraine as a whole.

The materials and methods for this work were the results of scientific research of domestic scientists, data from the Institute for Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine, reports and publications of the Transcarpathian Regional Information and Analytical Center and the European database "Health for All". The orders and annual reports of the Ministry of Health of Ukraine were also used.



The research results showed that our state not only critically lags behind the countries of the European Region in terms of fertility and mortality, but also in terms of perinatal mortality. Low informatization of the population, indifference to the young people's own health leads to negative consequences, which are manifested by an increase in the mortality rate of infants from the 22nd week of embryonic development to the 7th day of life. The main reasons for this "perinatal" collapse are those that we can influence, and have long been removed into the background by systems of organizing perinatal care for the population of developed and highly developed countries of the EU and the World.

Findings. 1. The dynamics of the main demographic indicators in Ukraine today remains negative. 2. Transcarpathian region has low rates of total and perinatal mortality from the average state, but the coefficient of perinatal mortality is still negative. 3. The current system of organizing perinatal care in Transcarpathia, as in Ukraine as a whole, in the process of regionalization needs to be improved in the direction of regional decentralization of power and financing. 4. The experience of highly developed countries in solving the above-described issue can serve as the basis for resolving the problem in our state

Key words: fertility, mortality, perinatal mortality, regionalization.

Вступ

У основі показників рівня соціально-економічного розвитку будь-якої країни одне з провідних місць належить показникам стану здоров'я її населення. Влада та громада держави основною метою своїх діяльностей, окрім економічного та духовного достатку, завжди ставить забезпечення гідного майбутнього для наступних поколінь із метою збереження та примноження генофонду нації. Провідним показником, який характеризує функціональну ефективність влади та турботу населення щодо досягнення вищеописаних цілей є стан здоров'я підростаючого покоління. Україна, яка відноситься до «молодих» країн Європи та світу не є винятком. Основними медико-демографічними показниками, які найбільш об'єктивно відображають рівень соціально-економічного розвитку суспільства, є захворюваність та смертність дитячого та материнського населення. Ці ж показники говорять про ефективність функціонування та рівень розвитку системи охорони здоров'я в державі [6].

Стан здоров'я дитини залежить не тільки від соціального-економічного та екологічного середовища, в якому вона народилася та виростає, а й від усвідомленого ставлення батьків до планування та підготовки до вагітності, пологів, та післяпологового періоду, від перебігу вагітності та пологів, від рівня доступності до медичної допомоги різного рівня, забезпечення висококваліфікованої та якісної медичної допомоги в необхідному обсязі [1, 6].

Європейський та вітчизняний досвід надання медичної допомоги дитячому та материнському населенню свідчить про необхідність вдосконалення та подальшого розвитку перинатальної допомоги в напрямку регіоналізації. Цей процес має полягати у впро-

вадженні сучасних технологій та підходів до організації медичної допомоги на основі принципів доказовості. Щоб визначити найбільш оптимальну організаційну модель надання медичної допомоги вагітним, породілям та новонародженим необхідно розвивати та поширювати досвід регіоналізації перинатальної допомоги на всю територію держави. Пілотні регіони, в яких були створені регіональні перинатальні та неонатальні центри, доводять, що дані заклади при адекватному управлінні, здатні забезпечити високоспеціалізовану медичну допомогу даним верствам населення, проводити наукові дослідження та самовдосконалювати напрямки діяльності, згідно з принципами доказової медицини.

Мета дослідження

Проаналізувати та порівняти показники смертності, народжуваності та перинатальної смертності в Україні та Закарпатській області на фоні розвинутих країн ЄС та світу; виявити можливі фактори та причини розвитку даної проблеми та проаналізувати методи її вирішення, спираючись на досвід високорозвинутих країн європейського регіону.

Метеріали та методи

У даній статті було використано результати наукових досліджень вітчизняних науковців, дані Інституту стратегічних досліджень МОЗ України, звіти та публікації Закарпатського обласного інформаційно-аналітичного центру та Європейської бази даних «Здоров'я для всіх». Також було використано накази та щорічні доповіді МОЗ України.

Результати досліджень

Процес регіоналізації перинатальної допомоги в нашій країні було розпочато у 2003-



2004 роках. У його основі лежав розподіл перинатальної допомоги на рівні, визначення мети та завдання закладу відповідно до рівня [1, 6].

Продовження процесу регіоналізації дасть можливість оптимізувати показники перинатальної, малюкової та неонатальної смертності, що і буде репрезентативним доказом підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги вагітним, породілям та новонародженим.

Починаючи з 2011 р., коли Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ) був виданий наказ №52 від 02.02.2011 р. «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції», в якому було чіткіше визначено мету, завдання та методи вдосконалення перинатальної допомоги, в нашій державі розпочався новий етап розвитку галузі охорони здоров'я матері та дитини. Метою концепції є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їх новонародженим дітям, підвищення рівня доступності та якості рододопомоги, її безпечності та економічного використання ресурсів [5].

Розробці та впровадженню даного наказу сприяла низка негативних тенденцій змін показників здоров'я населення. Починаючи з 1991 року до сьогоднішнього дня в Україні зберігається негативна тенденція приросту населення. З того часу по 2002 рік у нас відбулось різке зниження народжуваності, яке тривало до 2012 р., і має позитивну динаміку до сьогоднішнього дня. Показник народжуваності 11,4 на 1000 населення у 2012 р. знизився до 9,3 у 2016. Зменшенню народжуваності в останні роки в Україні сприяло декілька факторів, ключовими з яких є зниження кількості жінок фертильного віку за аналогічний період (11 438 785 у 2011 р. і 10 260 831 у 2016 р.) та запозичення нашим населенням установки на малодітність, яка є характерною для розвинутих країн Європи та світу. Досить показово характеризує процеси

народжуваності коефіцієнт сумарної народжуваності, який розраховується та аналізується Відділом народонаселення ООН. За їхніми розрахунками, якщо даний коефіцієнт $\leq 2,1$, то в даній ситуації не забезпечується просте відтворення населення. У Світі даний показник у 1990-1995 рр. становив 3,0, і знизився до 2,5 у 2010-2015 рр. За даними доповіді «Народонаселення мира в 2016 году», середній коефіцієнт народжуваності (у однієї жінки у 2015–2020 рр.) загалом у світі становитиме не більше 2,5, у тому числі 4,0 у найменш розвинутих країнах світу, 2,6 – у більш розвинутих, та 1,7 – у найбільш розвинутих державах. Для України на даний період прогнозується коефіцієнт не більше 1,7 [8]. Дана ситуація є прямою загрозою національній безпеці, адже ми залишаємось нижче межі простого відтворення, що загрожує нам неспроможністю забезпечення стабільного рівня працездатного населення в державі.

Структура народжуваності в Україні також є несприятливою за останні роки. Зокрема це стосується щорічного підвищення середнього віку жінок при народженні дитини, який із 2012 по 2016 рр. виріс на 3,9%. Також занепокоєння викликає той факт, що в Україні існує тенденція до зростання рівня народжуваності дітей у дівчаток до 14 років. Проблемою є те, що дана динаміка відбулася паралельно зі зростанням рівня дитячої захворюваності, в тому числі на ту патологію, яка має безпосередній вплив на стан репродуктивного здоров'я [8]. Вітчизняні дослідження свідчать, що 64% захворювань, які прямо чи опосередковано впливають на репродуктивну функцію чоловічого організму виникають у хлопчиків у підлітковому віці.

Наступним показником, від якого безпосередньо залежить демографічна ситуація, є загальна смертність. Починаючи з 1991 р. він зростав і в 1995 р. становив 15,4 на 1000 населення. До 1998 р. спостерігалось зниження рівня у 1996-1998 рр. із подальшим відновленням негативної тенденції. За історію незалежної України найбільше число померлих зареєстроване у 2005 році (745 тис. осіб, або 16,7‰ (рис. 1) [7].

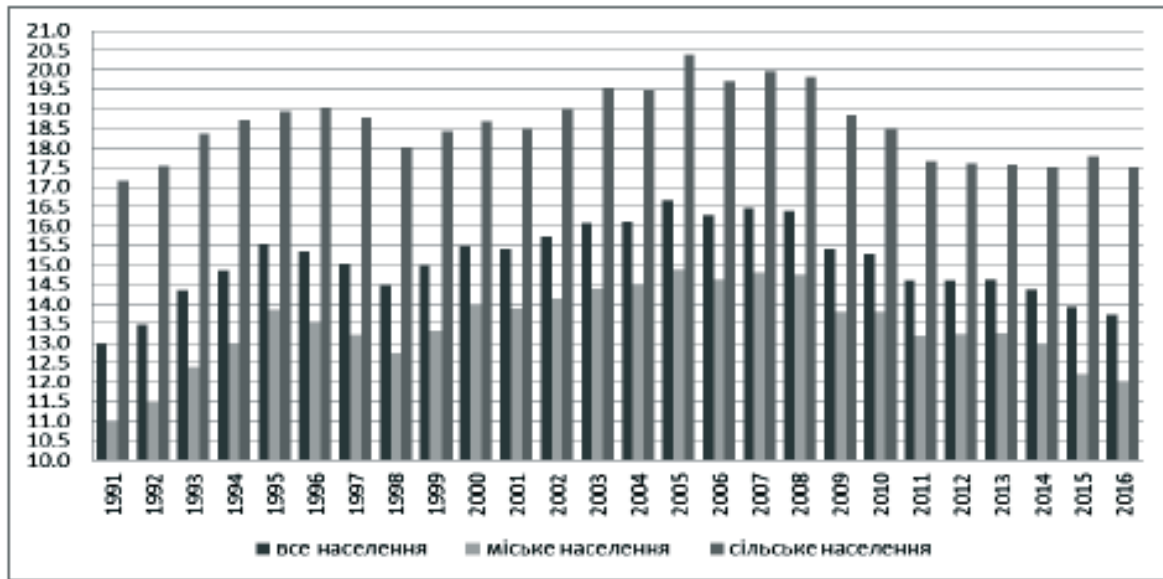


Рис. 1. Коефіцієнти смертності населення України за період 1991–2016 рр., ‰

Не зважаючи на відносно стабільні показники загальної смертності населення України в порівнянні 1991-2016 рр., ми все одно за-

лишаємось у списку країн із найвищим рівнем смертності з-поміж країн Європейського регіону (рис. 2).

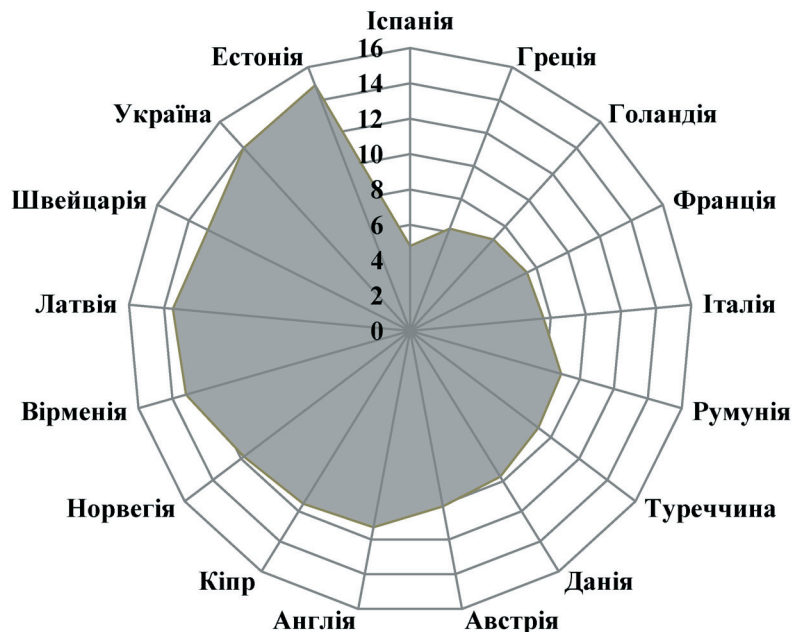


Рис. 2. Порівняння рівня смертності в країнах Європи у 2016 р., на 1000 осіб

На фоні негативних демографічних змін занепокоєння викликають і показники дитячої захворюваності та здоров'я жінок репродуктивного віку. Одним із основних факторів, що безпосередньо впливають на репродуктивну функцію та соматичний стан жіночого організму, є штучне переривання вагітності. Перехід закладів акушерсько-гінекологічного профілю на науково обґрунтовану практику дозволило нам знизити частоту абортів (із

12,6 на 1000 жінок фертильного віку у 2012 р. до 9,4 у 2016 р.), але в порівнянні з розвинутими країнами Європи та світу показник все ще високий. Та частка жінок, у яких вагітність закінчилась абортom становить: у Східній Європі – 14%, Західній Європі – 3%, Латинській Америці – 9%, Африці – 11%, в Україні – 20,3%. За даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України частота пологів почала перевищувати частоту абортів тіль-



ки з 2001 р. У 2016 р. співвідношення абортів до живонароджень в Україні становить 1:3,9, у той час як середній показник співвідношення у світі – 1:7 [9].

Ще одним важливим показником який характеризує соціально-економічний клімат у суспільстві є материнська смертність. За даними Інституту стратегічних досліджень впродовж останніх 16 років цей показник в Україні знизився з 24,7 на 100 тис. народжених живими у 2000 р. до 12,7 у 2012 р., із подальшим його зростанням до 12,9 у 2013 р., 14,8 у 2014 р., 14,6 у 2015 р. і 11,6 у 2016 р. Незважаючи на відносно різке зниження даного показника за останній рік, він все ще набагато нижчий ніж середній показник по ЄС (7,72 на 100 тис. народжених живими) [10].

Ключовим показником, який бере участь у формуванні структури загальної смертності є смертність немовлят до 1 року (малюкова смертність), яка є важливим індикатором рівня соціально-економічного розвитку країни. Даний показник, починаючи з проголошення незалежності України, мав стабільно позитивну тенденцію, і за період 1991-2016 рр. знизився майже в два рази (з 15,1% у 1991 р. до 7,4% у 2016 р.) [7]. У розрізі структури смертності немовлят на першому місці знаходяться так звані зовнішні причини, що виникли у перинатальному періоді (53%). Вроджені вади (аномалії) розвитку займали у 2016 році друге місце (25%), і пологова травма на 3-му місці (15%). Варто зазначити, що лівова частка у структурі смертності немовлят належить факторам, якими ми можемо керувати. За даними ВООЗ, основною причиною смертності новонароджених в розвинутих країнах є крайня ступінь морфо-функціональної незрілості та неонатальний сепсис. Дані щодо першого показника в Центрі медичної статистики МОЗ України відсутні, та за висновками провідних вітчизняних учених нашої держави (Є.Є. Шунько, С. Г. Примак та ін.) він практично не визначається та не береться до уваги в переважній більшості регіонів.

Другою причиною, від якої найчастіше помирають новонароджені в країнах ЄС, за даними ВООЗ, є неонатальний сепсис, в той час як в Україні на другому місці є вроджені аномалії розвитку. Ситуація зі смертністю новонароджених від неонатального сепсису в нашій країні стоїть гостро та оточена низкою таємних факторів. По-перше, в постановці даного діагнозу в період вагітності виникають

складнощі та в подальшому неспівпадіння з патологоанатомічним діагнозом. Основною причиною даного явища є те, що для коректної та своєчасної діагностики даної патології у дітей необхідно володіти сучасним обладнанням, ефективність якого доведена принципами доказової медицини. Дані маніпуляції відносяться до високоспеціалізованих та не є забезпечені в сільській місцевості та в усіх районних акушерсько-гінекологічних стаціонарах. Це підтверджується тим фактом, що у великих містах України серед причин смертності новонароджених неонатальний сепсис займає далеко не перші місця, на відміну від інших регіонів.

Ключовим маркером рівня забезпеченості акушерсько-гінекологічних стаціонарів сучасною матеріально-технічною базою є перинатальна смертність. За даними Держкомстату за період 2000-2010 рр. рівень перинатальної смертності в Україні мав негативну тенденцію (з 10,11 у 2000 до 10,6 у 2010 на 1000 новонароджених живими та мертвими). Але даний аналіз та динаміка є не зовсім коректними, адже в різні роки визначення перинатальної смертності використовувалися відмінні критерії. В Україні до перинатальної смертності відносились плоди, які загинули в період з 28-го повного тижня внутрішньоутробного розвитку до 7-го повного дня з моменту народження. У 2007 р. ми перейшли на міжнародну градацію рекомендовану ВООЗ, згідно з якою перинатальний період починається з 22-го повного тижня, або 154-го дня внутрішньоутробного розвитку. При перерахунку даних показників по нових критеріях, рівень перинатальної смертності в Україні з 2000 по 2010 рр. знизився у 2,6 рази (з 27,1 у 2000 р. до 10,6 у 2010 р. на 1000 новонароджених живими та мертвими) [4]. За даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» у 2017 році даний показник в Україні становить 9 на 1000 народжених живими та мертвими, в той час як у Європейському регіоні він не перевищує 7,2, а в країнах ЄС – не більше 6,1 (на 1000 народжених живими та мертвими).

У розрізі регіонів України даний показник у 1990 р. варіював від 10,2 у Кіровоградській області до 16,6 у Запорізькій області (на 1000 народжених живими та мертвими). Той же показник у 2017 р. мав мінімальне значення у Київській області (6,0) та максимальне у Кіровоградській (15,0) на 1000 народжених живими та мертвими (рис. 1.3).

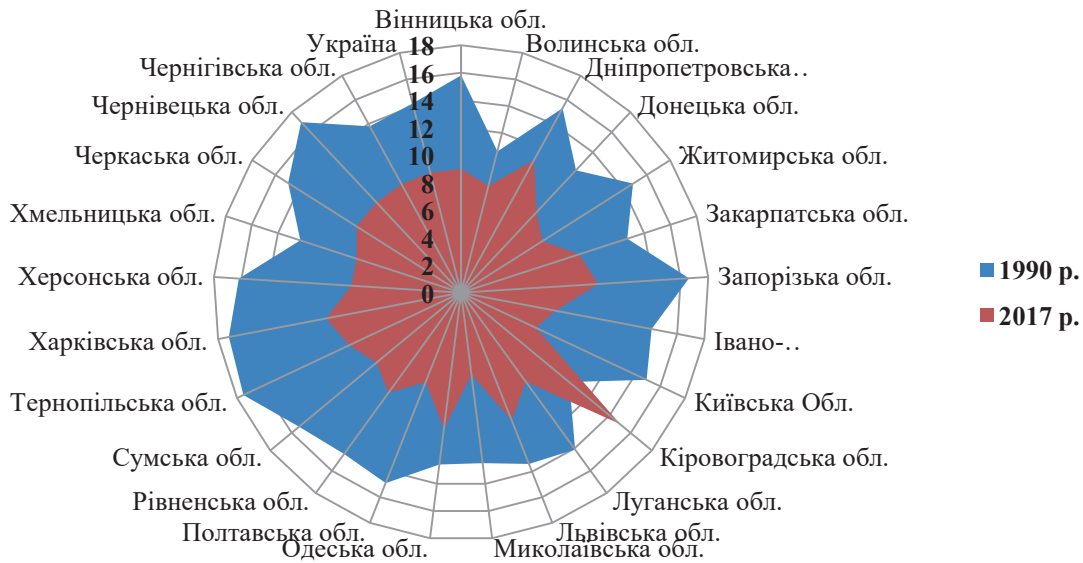


Рис. 3. Показники перинатальної смертності в регіонах України в 1990 та 2017 роках (на 1000 народжених живими та мертвими)

Як відомо, перинатальна смертність формується з трьох показників, а саме – ранньої неонатальної смертності (з 22-го повного тижня внутрішньоутробного розвитку до моменту настання пологової діяльності), інтранатальної смертності (під час пологів) та постнатальної (168 год. після народження). За даними Центру медичної статистики МОЗ України, показник антенатальної смертності в Україні з 2000 по 2010 рр. знизився більш ніж у 3 рази (з 17,4‰ до 5,4‰). Станом на 2017 рік даний показник дорівнює 3 на 1000 народжених живими (за даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх»). За аналогічний період показник інтранатальної смертності так же знизився більш ніж на 300% (з 3,1‰ у 2000 до 0,98‰ у 2010 роках). Тим не менше станом на 2017 р. даний показник зріс до 1,2 на 1000 народжених живими. Постнеонатальна смертність цього ж року становила 2 на 1000 народжених живими, в той час як у порівнянні 2000 та 2010 рр. також мала тенденцію до зниження (у 1,7 разу за досліджуваний період). В країнах ЄС відповідно у 2017 році становили: рання неонатальна смертність – 1,76‰, пізня неонатальна – 1‰, та постнеонатальна – 1,1±0,2 на 1000 народжених живими.

Перинатальна смертність та її динаміка є основним показником, який дозволяє аналізувати стан здоров'я новонароджених та лежить в основі стратегічного планування кадрових та матеріальних ресурсів у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) даної ланки, необхідних

для проведення оздоровчих та лікувальних заходів.

На основі однієї лише перинатальної смертності та її структури неможливо адекватно оцінити ефективність окремих ланок перинатальної медичної чи неонатологічної допомоги. З цією метою ВОЗ було запроваджено спеціальну методику «BABIES-MATRICA» (Бєбі-матриця). Дана методика базується на спеціальному розподілі живонароджених та померлих у перинатальному періоді за масою тіла. Алгоритм являє собою таблицю, в якій вищеписані показники групуються в розрізі маси тіла при народженні з 500 г і більше – «500–999 г», «1000–1499 г», «1500–1999 г», «2000–2499 г», «2500–2999 г», «3000–3499 г», «3500 г і більше». Вказані вагові категорії, крім того, групуються у дві вагові категорії – «менше 1500 г» (низька маса тіла при народженні) та «1500 г і більше». У ваговій категорії «1500 г і більше» немовлят розподіляють на народжених з масою тіла «1500–2499 г» (проміжна вага при народженні) і «2500 і більше» (нормальна вага при народженні). Подальша обробка полягає в розрахунку пропорційних показників смертності в даний період або її складових. Вони обчислюються як відповідні показники для кожної вагової категорії помножені на частку, що становить число народжених живими та мертвими в даній ваговій категорії до загального числа народжених живими і мертвими у всіх вагових категоріях [4].

У розвинутих країнах розрахунок даних показників лежить в основі періодичної



звітності всіх закладів, що надають медичну допомогу материнському та дитячому населенню, особливо стаціонарів. Отримані дані дозволяють виявляти найслабшу ланку в системі медичного обслуговування, оскільки доведено, що пропорційний показник перинатальної смертності в кожній з цих вікових категорій формується під впливом окремих чинників.

За даними ВООЗ та керуючись принципами логіки, коефіцієнт перинатальної смертності у немовлят, які народились із низькою масою тіла (≤ 1500 г) повинен бути нижчим ніж у дітей, що народились з «нормальною» масою тіла (≥ 1500 г). За даними аналітико-статистичних довідників, підготовлених Центром медичної статистики України, в нашій державі спостерігається обернена тенденція даного показника. В 2010 р. рівень пропорційного показника перинатальної смертності у новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500 г був у 1,8 разу вищим (6,63 на 1000 народжених живими та мертвими), ніж у новонароджених з низькою масою тіла (3,61‰). Цей факт слугує індикатором низького рівня надання медичної допомоги респондентним категоріям населення України. Аналогічний індикатор антенатальної та інтранатальної смертності плодів, що були народжені з масою тіла ≥ 1500 г був у два рази вищий (4,4‰) ніж індикатор постнатальної смертності новонароджених у аналогічній ваговій категорії (2,23‰). Варто підкреслити, що пропорційний показник ранньої неонатальної смертності серед народжених з масою ≥ 1500 г, за критеріями ВООЗ, не повинен перевищувати 1,0 на 1000 народжених живими і мертвими [1, 2]. В Україні рівень даного показника був вищим від вказаної межі більш

ніж у 2,2 разу [4]. Це свідчить про значні недоліки в наданні медичної допомоги не тільки до та під час вагітності, а й в інтра- та постнеонатальному періодах.

Висновки

1. Динаміка основних демографічних показників в Україні на сьогоднішній день залишається негативною. Від'ємний природний приріст та зниження середнього віку жінок, які народжують на фоні підвищення рівня захворюваності та перинатальної смертності є актуальною проблемою сучасного українського соціуму та всіх складових системи охорони здоров'я.

2. Закарпатська область має нижчі показники загальної та перинатальної смертності від середньо державних, але все ще негативним залишається коефіцієнт перинатальної смертності. Аналогічні показники загалом по Україні мають дуже негативну тенденцію в порівнянні з середньоєвропейськими.

3. Сьогоднішня система організації перинатальної допомоги в Закарпатті, як і в Україні загалом в процесі регіоналізації потребує вдосконалення в напрямку регіональної децентралізації влади та фінансування. Паралельно з цим, нам необхідно розробляти індивідуальні моделі організації перинатальної допомоги населенню для окремих регіонів, враховуючи рівень доступності медичної допомоги та біогеохімічне зонування областей.

4. Досвід високорозвинених країн у вирішенні вище описаного питання може слугувати основою для врегулювання проблеми в нашій державі з подальшою оптимізацією існуючих моделей організації перинатальної служби відповідно до нашої економіки, географії та соціальних складових в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голубчиков В. Б., Педан В. М. та ін. Моніторинг стану здоров'я матері та дитини: аналітико-статистичний довідник за 2008 рік // Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ. – 2009. – С. 40.
2. Дудіна О. О., Терещенко А. В. Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні // ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна, Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна. – PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.–2015.–3(63). – С. 10.
3. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» (режим електронного доступу 18.06.2019 р.).
4. Лехан В. М., Гінзбург В. Г. (Дніпропетровськ). Перинатальна смертність в Україні: досягнення та проблеми // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – 1(21). – С. 15, 18, 21.
5. Наказ МОЗ України №52 від 02.02.2011 р.
6. Шунько Є. Є. Впровадження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги В Україні. Досвід країн зарубіжжя // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. I, №1. – С. 1.



7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – С. 23, 25.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – С. 89.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – С. 95.
10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – С. 107.

REFERENCES

1. Holubchukov V. B., Pedan V. M., ta in. Monitorynh stanu zdorovia materi ta dytyny: analityko-statystychnyi dovidnyk za 2008 rik. // Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy. – Kyiv. – 2009. – S. 40.
2. Dudina O. O., Tereshchenko A. V. Stan rehionalizatsii perynatalnoi dopomohy v Ukraini. // DU «Ukrainskyi instytut stratehichnykh doslidzhen MOZ Ukrainy», m. Kyiv, Ukraina, Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy, m. Kyiv, Ukraina. –PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.–2015.–3(63). – S. 10.
3. Ievropeiska baza danykh «Zdorovia dlia vsikh» (rezhym elektronnoho dostupu 18.06.2019 r.).
4. Lekhan V. M., Hinzburh V. H., (Dnipropetrovsk). Perynatalna smertnist v ukraini: dosiahnennia ta problemy. // Ukraina. Zdorovia natsii. – 2012. – 1(21). – S. 15, 18, 21.
5. Nakaz MOZ Ukrainy №52 vid 02.02.2011 r.
6. Shunko Ye. Ye. Vprovadzhennia Kontseptsii podalshoho rozvytku perynatalnoi dopomohy V Ukraini. Dosvid krain zarubizhzhia. // Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna. – 2011. – T. I, №1. – S. 1.
7. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik / MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». – Kyiv, 2015. – S. 23, 25.
8. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik / MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». – Kyiv, 2015. – S. 89.
9. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik / MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». – Kyiv, 2015. – S. 95.
10. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik / MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». – Kyiv, 2015. – S. 107.

Отримано 21.06.2019 р.