



УДК 314.422.2(477)

*О.М.ПАЛІЙ,
кандидат економічних наук, доцент
Н.О.РИНГАЧ,
доктор наук з державного управління,
старший науковий співробітник
Інституту демографії та соціальних
досліджень ім. М.В. Птухи НАН України*

РЕЗЕРВИ ЗНИЖЕННЯ СМЕРТНОСТІ НЕМОВЛЯТ В УКРАЇНІ

Постановка проблеми. У контексті світового розвитку дитячої смертності надають неабиякого значення. Багато країн, у тому числі й Україна, включили зниження дитячої смертності до Цілей розвитку тисячоліття. Критерієм досягнення даної цілі передбачено скорочення до 2015 р. в світовому масштабі смертності дітей у віці до п'яти років на дві третини (згідно з оновленими цільовими орієнтирами, до 2015 року очікується досягнення рівня смертності дітей до 5 років до 11,0 та смертності немовлят до 9,3 на 1000 народжених живими) [1].

Хоча у розвинутих країнах (і в Україні також) смертність дітей досягла настільки низького рівня, що подальше покращення цього показника вже мало впливає на середню тривалість життя¹, його розглядають як такий, що загалом характеризує ступінь цивілізаційного розвитку суспільства. Показник смертності немовлят у світі вважається загально визнаним індикатором здоров'я нації, віддзеркалюючи якість життя населення, рівень добробуту і розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві, стан довкілля, рівень освіти і культури, ефективність профілактики, рівень доступності та якості медичної допомоги тощо.

Виступаючи на Саміті, присвяченому Цілям розвитку тисячоліття (ЦРТ) (Нью-Йорк, 2010), Генеральний директор ВООЗ д-р Маргарет Чен наголосила, що освіта і здоров'я перебувають у тісному взаємозв'язку, а інвестиції в освіту дівчат приносять особливо високу «вигоду» для здоров'я. Дівчата, які одержали освіту, стають кращими матерями, і освічена дівчина або жінка з більшою ймовірністю є обізнаною в питаннях здоров'я. У високорозвинених країнах рівень смертності немовлят впритул приблизився до генетично обумовленого рівня 3–4 на 1000 народжених живими, і його подальше покращання практично неможливе.

¹ За нашими розрахунками, якби у 2010 р. смертність немовлят в Україні стала б удвічі нижчою, середня тривалість життя населення збільшилася б лише на 0,3 року.

Попередні дослідження та публікації. Зважаючи на важливість рівня дитячої смертності для цивілізаційного розвитку, цей напрям досліджень був і залишається актуальним як в Україні, так і в усьому світі. Цій проблемі присвячували роботи класики української демографії та санітарної статистики О.В.Корчак-Чепурківський та Ю.О.Корчак-Чепурківський, М.В.Птуха, С.А.Томілін, А.П.Хоменко. Нині є величезна кількість джерел, з яких значний інтерес становлять ті, що стосуються перинатальної смертності [2, 3, 7, 9 та ін.], тому що саме цей сегмент відіграє вирішальну роль у формуванні загального рівня смертності немовлят у розвинутих країнах і набагато важче піддається впливу політики у галузі охорони здоров'я, ніж, скажімо, інфекційні хвороби. У дослідженнях смертності немовлят підкреслюється, що в сучасному світі рівень дитячої смертності – це проблема не стільки охорони здоров'я, як соціальна проблема [2], і корелює він не з розмірами державних видатків на охорону здоров'я, а з ВВП на душу населення, рівнем освіти жінок та їх зайнятстю [3].

Мета роботи – здійснити аналіз динаміки смертності дітей до 1 року в Україні, показати відмінності порівняно з розвинутими країнами, сформулювати гіпотези щодо достовірності показника смертності немовлят та визначити напрями пошуку резервів її зниження.

Виклад основного матеріалу. Варто зазначити, що за радянських часів було досягнуто значних успіхів у боротьбі з хворобами, які на той час найбільше впливали на рівень дитячої смертності. Влада, усвідомлюючи важливість показника дитячої смертності для здоров'я нації та престижу СРСР, докладала зусиль для його зниження. Так, тільки за повоєнний період (з 1946 р. дотепер) смертність дітей до 1 року зменшилася у 8 разів. Найважливішу роль тут відіграли масові заходи профілактики: щеплення проти найбільш поширених дитячих хвороб: кору, скарлатини, дифтерії, коклюшу, охоплення якими на сьогодні становить понад 95% дітей у віці 0–2 роки.

Не можна недооцінювати й покращання допомоги при вагітності і пологах, поліпшення якості питної води та підвищення освіченості, загальної та санітарної культури населення. Наприклад, у 1968 р., за даними державної статистики України, від пологової травми загинуло понад тисячу малюків (8% усіх померлих у віці до 1 року), від дизентерії померло 73 дитини молодше 1 року, а у 2010 р. від пологової травми померло менше 1% усіх померлих у цьому віці, від кишкових інфекцій – 17 дітей. У цілому смертність немовлят від інфекційних та паразитарних хвороб за 30 з лишком років скоротилася у понад 3 рази, тоді як смертність від усіх причин – дещо більше ніж у 2 рази, навіть за умови, що критерії живонародження змінилися у бік розширення.

Незважаючи на те, що динаміка рівня смертності дітей до 1 року в Україні виглядає доволі оптимістично, особливо на тлі деяких інших країн, що входили до складу СРСР², все ж у середньому в Європейському Союзі (з урахуванням країн, які вступили останніми) показник смертності немовлят більше ніж удвічі нижчий, ніж в Україні. Так, у 2009 р. в Україні він становив 9,4 у розрахунку на 1000 народжених живими, тоді як у ЄС – лише 3,7; що змушує до більш детального аналізу причин смерті й чинників, які впливають на її рівень.

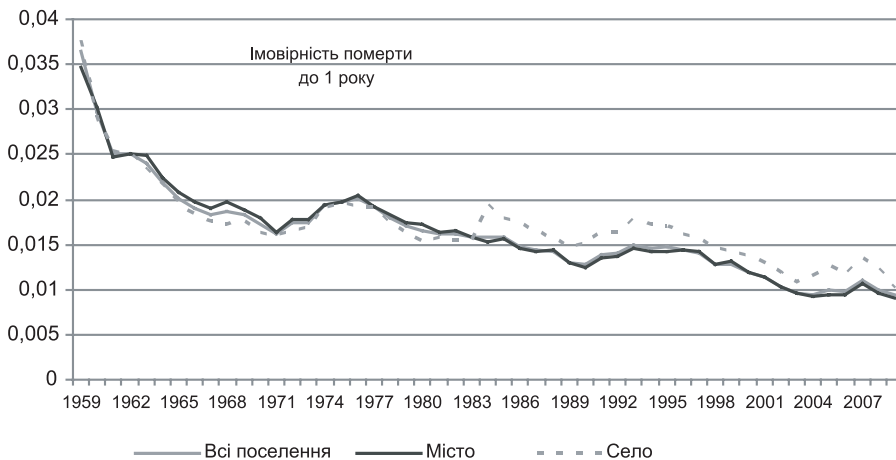
Передусім треба звернути увагу на якість і повноту реєстрації дитячої смертності. Нині стають відомими задокументовані факти з минулого, коли щоб уникнути санкцій з боку республіканського чи союзного керівництва, крім таких важливих профілактичних заходів, як обов'язкова постановка на облік вагітних, починаючи з ранніх місяців вагітності, та штрафні санкції за уникання вагітними профілактичних заходів, вакцинація дітей, відвідання патронажними сестрами тощо, керівники охорони здоров'я на місцях з метою досягнення «кращих» показників смертності дітей до 1 року вдавалися

² За останніми даними ВООЗ, у цілому по СНД дитяча смертність перевищує українську принаймні на 25%.

до прямих фальсифікацій. Як засвідчують російські автори на підставі унікального дослідження дитячої смертності та її реєстрації, яке провів ЦСУ СРСР у 1979–1980 рр. [4], поширеним методом зниження смертності немовлят було завищення віку померлих. У такий спосіб перебільшувалися показники смертності дітей у віці більше 1 року, що змусило статистичні органи у середині 80-х років запровадити ще одну форму звітності, щоб контролювати смертність на другому році життя.

Недооблік смертності на першому році життя в Україні яскраво демонструє динаміка її показника протягом тривалого часу. Імовірність померти до досягнення одного року, вирахована на підставі офіційних даних, демонструвала нижчу смертність сільських немовлят, яка спостерігалася з початку 60-х і аж до 1984 року (рис. 1). Вочевидь, певна кількість народжених та померлих у ранньому віці немовлят у сільській місцевості не була зареєстрована ні як народжені, ні як померлі. Така ситуація була можливою у віддалених сільських районах та серед деяких національних меншин, що проживають в Україні. Є підстави припускати, що більш адекватне відображення реальності у цьому статистичному показникові справді завдячує посиленню контролю за достовірністю даних.

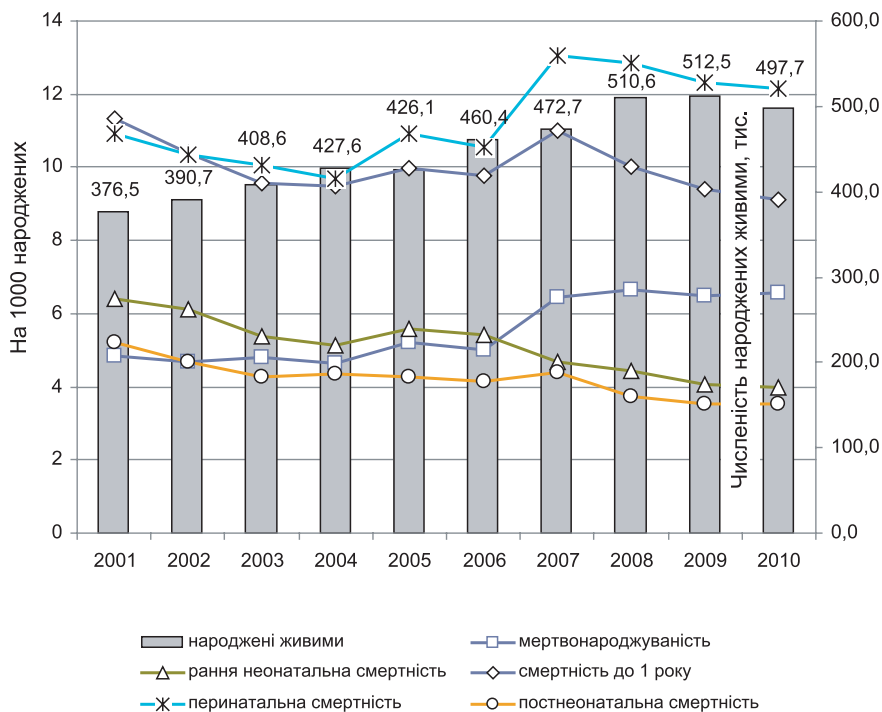
Нині на заваді віднесення смертей до 1 року на старший вік стоїть також моніторинг показника смертності дітей віком до 5 років, який включено до критеріїв досягнення країнами Цілей розвитку тисячоліття.



Джерело: розрахунки фахівців ІДСД за даними Держстату України

Рис. 1. Динаміка смертності немовлят в Україні

Автори розгорнутого дослідження смертності в Україні також вказували на проблеми неповної реєстрації дитячої смертності, що є наслідком невідповідності класифікації живонародження та мертвонародження методики, прийнятій ВООЗ [5, с. 114–116]. Однак з 2007 р. Україна перейшла на класифікацію ВООЗ, унаслідок чого показник дитячої смертності негайно (з того самого року) «підстрибнув» майже на 13%, а мертвонароджуваність збільшилася на 23,6%. Проте наступного року система охорони здоров'я та її статистика адаптувалися до змін. Вже з 2008 р. дитяча смертність відновила тенденцію до зниження, тоді як рівень мертвонароджуваності протягом останніх чотирьох років практично не змінився. Особливо рельєфно перелом 2008 року помітний на прикладі обліку ранньої неонатальної смертності та мертвонароджуваності (рис. 2).



Джерело: розрахунки авторів за даними Держстату України

Рис. 2. Чисельність народжених та показники смертності немовлят в Україні у 2001–2010 рр.

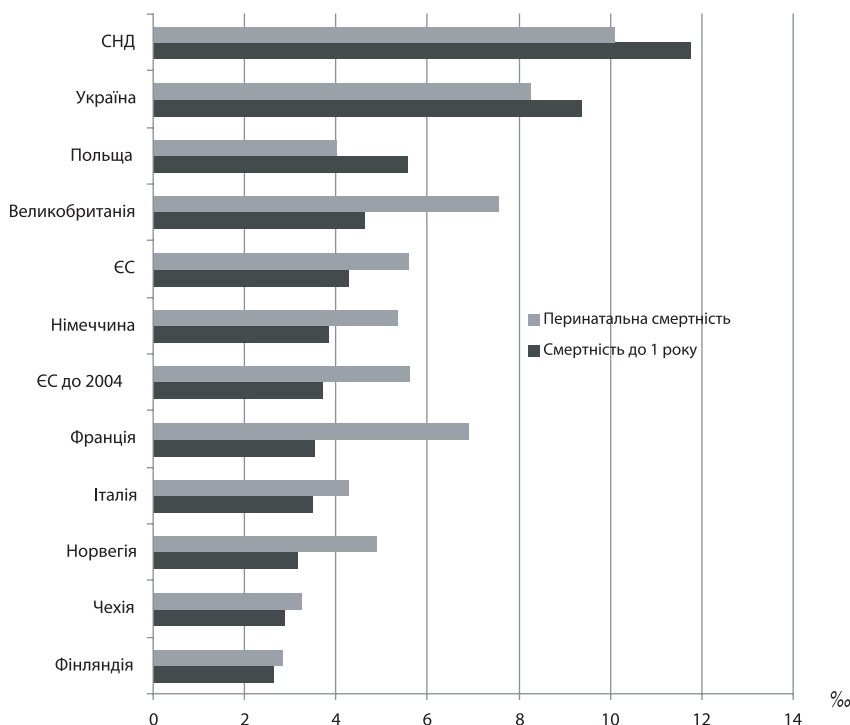
Цей феномен засвідчує імовірність штучного заниження показника дитячої смертності шляхом «переведення» померлих у ранньому неонатальному періоді немовлят у мертвонароджені, для чого достатньо вказати вагу плоду менше 500 г. Як відзначають фахівці Міністерства охорони здоров'я України, за даними галузевої статистики, у 2004 р. частка народжених живими і мертвими з масою тіла 500–1499 г у загальній кількості народжених становила 0,57%, а у 2008 р. – 0,71% [6, с. 113]. На хибі у реєстрації живота мертвонародження залежно від маси тіла було вказано також у більш ранній роботі Н. Левчук [7]. В Україні в 2010 р. малюки з низькою вагою тіла у структурі народжених живими і мертвими становили менше одного відсотка (500–999 г – 0,34%; 500–1499 – 0,59%), тоді як за даними ВООЗ обидві вагові категорії мали б бути представлені частками у межах 1–1,5%. Наявна невідповідність може бути спричинена як недотриманням вимог до зважування, так і свідомим заниженням ваги у новонароджених, які не вижили, *post factum*. Фахівці МОЗ вказують також на «зависокий» рівень виживання новонароджених з масою тіла 500–999 г впродовж перших 168 годин життя, який становив у 2010 р. 56,27% (2009 р. 55,19%, 2007 р. – 50,27%), адже за даними ВООЗ, в економічно розвинених країнах зазначений показник дорівнював лише 30%. Питання достовірності показника смертності немовлят залишається актуальним.

На жаль, точно встановити масштаби недообліку суто статистичним шляхом, очевидно, не є можливим. Для цього потрібні поглиблені дослідження безпосередньо в медичних установах. Прикладом такого аналізу як бази для розробки виважених

дій, спрямованих на зниження смертності немовлят, стало використання в Україні методики пропорційного показника перинатальної смертності BABIES-MATRICA, розробленої ВООЗ, яка допомагає виявити проблеми у наданні медичної допомоги, причини їх виникнення, визначити рівні втручання і оцінити достовірність показників та ефективність здійснюваних заходів [8].

Однак не можна скидати з рахунку і ту обставину, що впровадження значної допомоги при народженні дитини могло спонукати деяких жінок з ослабленим здоров'ям до рішення про народження дитини. В Україні відзначається стрімке підвищення народжуваності в групі матерів віком 35–39 років [9], а старший вік сам по собі підвищує ризик несприятливого закінчення вагітності. Дослідники Національного інституту здоров'я (США) серед причин мертвонароджуваності вказують на токсемію, вади розвитку плоду, жовтуху, переносування, артеріальну гіпертензію та хронічні хвороби нирок вагітних, цукровий діабет, окремі інфекції (зокрема, лістеріоз, токсоплазмоз), гарячкові стани тощо [10], а ймовірність наявності хронічних розладів здоров'я та генетичних порушень зростає з підвищенням віку вагітної.

Здоров'я новонароджених можна охарактеризувати за допомогою не менш красномовного показника – перинатальної смертності, що складається з ранньої неонатальної смертності та мертвонароджуваності. Її рівень в Україні у півтора рази вищий, ніж у країнах ЄС, а порівняно з Фінляндією, зокрема, відмінність досягала у 2009 р. близько трьох разів (рис. 3).



Джерело: *European Health for All Database. Updated January, 2011*

Рис.3. Смертність немовлят і перинатальна смертність у країнах Європейського регіону ВООЗ та в Україні у 2009 р.

Однак і у ЄС поки що є значні відмінності у рівнях перинатальної смертності між країнами, як і всередині цих країн, що пояснюється більш високими показниками серед бідних верств населення або окремих етнічних груп з низьким соціальним статусом, гіршими умовами життєдіяльності і часто нездоровим способом життя, а відтак і більшим ризиком несприятливого закінчення вагітності. Відповідно при формулюванні індикаторів досягнення ЦРТ стосовно зниження дитячої смертності окремими країнами підкреслено необхідність зменшення високих показників у певних регіонах або певних групах населення. Зокрема, у Литві – у сільській місцевості, у Словаччині і Угорщині – серед циганського населення і т.п. Проте навіть найвищі європейські показники (у Франції та Великобританії) є меншими за українські на 10–20%.

Дослідники зазначають, що порушення здоров'я у перинатальному періоді і для тих дітей, що вижили, мають довготривалі наслідки, а здорові вагітність і ранній дитячий вік знижують ризик захворюваності у дорослому віці на такі хвороби, як артеріальна гіпертензія та діабет [11].

У західних країнах спостерігається також збільшення чисельності дострокових пологів та кількості новонароджених з недостатньою вагою. Часто ця обставина пов'язується із відтермінуванням народження дитини до віку 35 років і більше. У багатьох західних країнах пік народжуваності припадає нині на 30–32 роки, швидко зростає також народжуваність у віці 40 і більше років [12]. Дослідники роблять недвозначний висновок про те, що у матерів, які пізно народжують, підвищується ризик недоношування і передчасних пологів (до 37 тижнів вагітності), багатоплідних пологів та недостатньої ваги дитини (менше 2500 г.) [13]. Збільшення кількості багатоплідних та передчасних пологів пов'язують із поширенням практики штучного запліднення [14]. Є дослідження, які ставлять ризик передчасних пологів у залежність від соціального статусу матерів [15]. Загалом, у розвинутих країнах Європи щорічно 5–9%, а у США – 12–13% дітей народжуються передчасно, і ця частка зростає [15]. Тим не менш, неонатальна смертність та мертвонароджуваність у розвинутих країнах постійно знижуються (рис. 4). Саме зниження неонатальної смертності найбільше вплинуло на динаміку дитячої смертності в цілому, адже на неонатальний період припадає близько 70% смертей у віці до 1 року у Європейському регіоні ВООЗ «А» і 60% смертей у цьому віці в Україні.



Джерело: *European Health for All Database. Updated January, 2011*

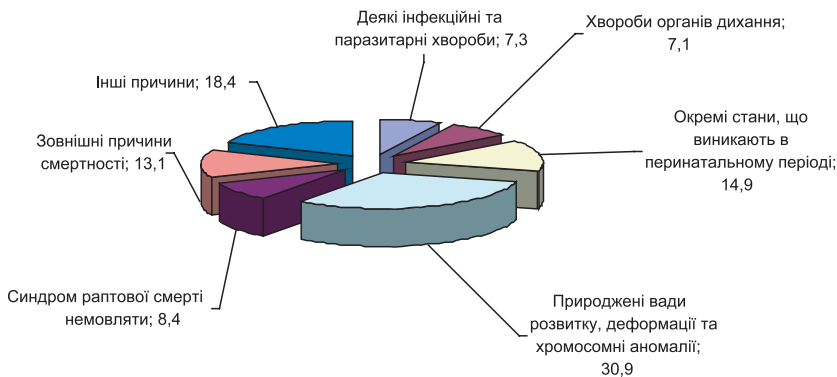
Рис. 4. Смертність немовлят, неонатальна смертність та мертвонароджуваність у країнах Європейського регіону А³ ВООЗ

³ Включає 27 європейських країн з найнижчою смертністю. Перелік див. у http://www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/publications/en/ebd8annexes.pdf

Зниження неонатальної смертності завдячує переважно поліпшенню догляду за дітьми, які народилися передчасно, з недостатньою вагою та порушеннями здоров'я. Всі розвинуті країни мають добре оснащені технічно та забезпечені висококваліфікованим персоналом неонатальні центри, які діють за затвердженими національними стандартами надання допомоги, а також відповідно до рекомендацій ВООЗ. Так, медичні стандарти догляду за такими новонародженими у Канаді та США, наприклад, передбачають 7 рівнів, а у Великобританії – 3 рівні, причому на першому рівні у британських клініках кожні чотири немовляти протягом доби обслуговує як мінімум одна медсестра, на другому рівні одна медсестра доглядає не більше як за двома дітьми, а на третьому рівні кожній дитині надається окрема медсестра для догляду.

Високоспеціалізована інтенсивна допомога у ранньому неонатальному періоді дуже дорого коштує. Так, один день перебування дитини у центрі інтенсивної неонатальної терапії коштує у західних країнах від однієї до двох тис. доларів США. У Великобританії, наприклад, у 2003/2004 фінансовому році на інтенсивну неонатальну терапію було витрачено 7 млн. 160 тис. фунтів стерлінгів державних коштів [17].

В Україні невиношуванням закінчується кожна десята вагітність. Прямі репродуктивні втрати від невиношуваної вагітності щороку становлять 36–40 тис. ненароджених бажаних дітей. Понад 30–40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологамі [18]. У 2010 р. народилося близько 1700 дітей з вагою менше 1000 г. З них 6 діб прожило 642 дитини, а вижило після 1 року – лише 392 дитини [8]. Хоча на сьогодні понад 90% жінок з ранніх строків вагітності перебувають на диспансерному обліку⁴, більше половини їх мають розлади здоров'я. Серед кожних 100 жінок, що перебували під наглядом жіночих консультацій МОЗ України під час вагітності у 2009 році, анемію зареєстровано у 27 осіб, хвороби сечостатевої системи – у 15, хвороби системи кровообігу – у 6, дисфункцію щитовидної залози – у 10 [19].



Джерело: розрахунки авторів за даними Держстату України

Рис. 5. Розподіл смертей дітей віком до 1 року у постнеонатальному періоді за даними 2010 р., %

⁴ Згідно з наказом МОЗ від 28.12.2002 N 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», оптимальна кількість відвідувань лікаря вагітною жінкою за період спостереження на допологовому етапі становить в середньому 10–12 разів.

В Україні певні резерви зниження смертності є і у постнеонатальному періоді. Трохи більше, ніж половині її причин досить важко запобігти (окремі стани, що виникають в перинатальному періоді, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, синдром раптової смерті немовляти), проте неприпустимо високою залишається смертність немовлят від зовнішніх причин, якої можна уникнути за умови належного догляду за дітьми (рис. 5). Легше піддаються усуненню також смерті від таких причин, як інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання. Однак навіть якби вдалося повністю ліквідувати смертність від зовнішніх причин та на $\frac{3}{4}$ – від двох названих вище, загальний рівень смертності на першому році життя можна було б знизити лише на 10%.

Однією із перешкод на шляху зниження смертності немовлят є недостатній рівень впровадження сучасних перинатальних технологій як у лікуванні, так і в профілактиці патологічних станів у жінок та немовлят. До таких технологій належить передусім організація проведення пологів в індивідуальних пологових залах із залученням сімейної підтримки, забезпечення контакту новонародженої дитини з матір'ю з перших хвилин її життя, ранній початок і якомога довше дотримання вигодовування дитини грудним молоком, зменшення акушерської «агресії», тобто усвідомленого обмеження втручань у фізіологічний процес пологів, у тому числі оперативних. Є також невідповідність між чинними сучасними клінічними протоколами надання допомоги вагітним і новонародженим та можливостями родопоміжних закладів (що пов'язано не тільки із застарілими інфраструктурою та обладнанням, а й недостатньою підготовкою персоналу).

Тому абсолютно на часі є реалізація Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» [20], що передбачає створення в Україні мережі 27 перинатальних центрів по всій країні на засадах об'єднання діяльності акушерської, неонатологічної та педіатричної служб. Головна мета Національного проекту – поліпшення материнського та дитячого здоров'я. Як очікується, його втілення сприятиме забезпеченню населення висококваліфікованою медичною допомогою, доступними послугами з питань планування сім'ї, високоякісною медико-генетичною допомогою, створенням умов для безпечних пологів.

Необхідно наголосити на тому, що провідним напрямом діяльності таких центрів має стати саме профілактика патологій новонароджених, пов'язаних із станом здоров'я матері. Очевидно, профілактика коштуватиме дешевше, ніж лікування новонароджених. В умовах економічної кризи й обмежених бюджетних можливостей розвиток неонатологічної допомоги у масштабах і на рівні, як у розвинутих країнах Заходу, в Україні залишається проблематичним. У нас здоров'ю майбутніх матерів не сприяють ні складна соціально-економічна ситуація, екологічні негаразди, ні спосіб життя – ранній початок статевого життя, ризикована сексуальна поведінка і пов'язане з нею поширення хвороб, що передаються статевим шляхом, тютюнокуріння і вживання алкоголю, навіть під час вагітності, а також висока попоширеність абортів.

У зв'язку з цим слід приділяти особливу увагу питанням формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді, підготовки майбутніх батьків до зачаття і народження дитини. Зокрема, це стосується виховання засад відповідального батьківства, відмови від шкідливих звичок у період перед і під час вагітності, оздоровлення майбутніх матерів, усвідомлення необхідності медичного обстеження перед плануванням вагітності і медичного нагляду під час неї. Особливої уваги потребує забезпечення раціонального повноцінного харчування, збалансованого за калорійністю та складом мікроелементів і вітамінів, у період вагітності і вигодовування груддю.

Значних зусиль потребує активна робота з протидії високому рівню абортів, у тому числі через розповсюдження сучасних методів запобігання небажаній вагітності. Необ-

хідно підвищити також інформування (як жінок, так і чоловіків) стосовно безпечних і ефективних методів і засобів планування сім'ї, а також щодо потенційних наслідків хвороб, що передаються статевим шляхом, та можливостей запобігання ризику зараження ними.

Одним з найважливіших шляхів збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я молоді є поширення в українському суспільстві засад здорового способу життя, яке має реалізуватися через інформаційно-просвітницьку і виховну роботу серед молодого покоління. Необхідною умовою успішності такої роботи є активна міжсекторальна взаємодія медичних працівників, освітян, представників засобів масової інформації, громадських організацій. Ефективним може стати впровадження так званої АВС-стратегії ("Abstinence" – утримання, тобто свідомий початок статевого життя в більш старшому віці, "Be faithful" – вірність у стосунках, "use a Condom" – використання презервативів), яка знаходить значне поширення серед сучасної молоді.

Висновки

1. Уповільнення темпів зниження смертності немовлят (показника, що відображає передусім соціальні, економічні і екологічні умови, в яких живуть діти (й інші члени суспільства), в тому числі і стан охорони здоров'я) підтверджує, що подальший прогрес у цій сфері є більшою мірою соціальною, ніж медичною проблемою.

2. На ймовірність штучного заниження показника смертності немовлят у ранньому неонатальному періоді вказують неприродно велика частка мертвонароджених з вагою плоду менше 500 г. та надмірно високий рівень виживання новонароджених з масою тіла 500–999 г.

3. Ефективним шляхом зменшення дитячих втрат є впровадження сучасних перинатальних технологій для запобігання патологічним станам у породіль та немовлят, створення умов для безпечних пологів, ефективного своєчасного лікування станів, що виникають у перинатальному періоді, підвищення якості і доступності послуг з контрацепції.

4. Важливим резервом зменшення рівня дитячої смертності в Україні є покращання як соматичного, так і репродуктивного здоров'я майбутніх батьків, формування усвідомленого відповідального ставлення до батьківства (зокрема завчасної санації, здорового зачаття, дбайливого догляду за дітьми), інформаційно-просвітницька робота серед населення стосовно профілактики ризикованої сексуальної поведінки і запобігання зараженню інфекціями, що передаються статевим шляхом, протидії застосуванню практики штучних абортів як методу планування сім'ї.

5. Зважаючи на соціальні чинники формування показника дитячої смертності, слід відмовитися від суто відомчого підходу в політиці щодо зниження дитячої смертності та покладання відповідальності за її рівень тільки на Міністерство охорони здоров'я.

Джерела

1. Цілі розвитку тисячоліття Україна – 2010 : національна доповідь. – К. : Мінекономіки, ПРООН, 2010. – 108 с.
2. *Wagner M.* Infant Mortality in Europe: Implication for the United States. Statement to the National Commission to Prevent Infant Mortality / M. Wagner // *J. of Public Health Policy.* – 1988. – Vol. 9, No. 4. – P. 473–484.
3. *Zakir M.* Factors affecting infant mortality rates: evidence from cross-sectional data / M. Zakir, Ph. Wunnava // *Applied Economics Letters.* – 1999. – № 6. – P. 271–273.
4. *Андреев Е. М.* Младенческая смертность в СССР в 1979–1980 гг. (результаты неизвестного исследования) / Е. М. Андреев, Н. Ю. Ксенофонтова [Электронный ресурс] // *Демоскоп Weekly.* – Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/knigi/stati/stati01.html>

5. *Месле Ф., Валлен Ж.* Смертність та причини смерті в Україні у ХХ столітті / Пер. з франц. Є. Марічева, за ред. С. Пирожкова. – К. : ВД «Стилос», 2008. – 416 с.
6. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.
7. *Левчук Н.* Смертність немовлят в Україні: ілюзії та реальність / Н. Левчук // Демографічні дослідження : зб. наук. праць. – Вип. 24. – К. : НАН України, Ін-т економіки, 2002. – С. 63–65.
8. Моніторинг стану здоров'я матері і дитини : аналітично-статистичний довідник протягом 2010 р. – К. : МОЗ України, 2011. – 48 с.
9. *Аксьонова С. Ю.* Особливості народжуваності у жінок середнього віку. // Демографія та соціальна економіка. – 2009. – № 2 (12). – С. 28–38.
10. Study to examine causes of stillbirths // Chicago Tribune. – 2004. – January 21.
11. European Perinatal Health Report. 2008. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. Available at: www.europeristat.com
12. *Frejka T.* Childbearing Trends and Policies in Europe / T. Frejka // Demographic Research. – Vol.19. – P.20. Available at: <http://www.demographic-research.org>
13. Delayed Childbearing and Its Impact on Population Rate Changes in Lower Birth Weight, Multiple Birth, and reterm Delivery / [S. C. Tough, C. Newburn-Cook, D. W. Johnston et al] // Pediatrics. – 2002. – Vol. 109, no. 3. – P. 399–403.
14. Quality Standards Programme. NICE cost impact and commissioning assessment: quality standard for specialist neonatal care. National Institute for Health and clinical Excellence. Available at: <http://www.nice.org.uk/media/AA6/21/SpecialistNeonatalCareCostImpact.pdf>
15. Social Differences of Very Preterm Birth in Europe: Interaction with Obstetric History / P.-Y. Ancel, M.-J. Saurel-Cubizolles et al. // Am. J. of Epidemiology – 1999. – Vol. 149, Is.10. – P. 908–915.
16. *Goldenberg R. L.* Epidemiology and causes of preterm birth / R. L. Goldenberg, J. F. Culhane, J. D. Iams, R. Romero // The Lancet. – 2008. – Vol. 371, Iss. 9606. – P. 75 – 84.
17. Commons Hansard Written Answers text for Wednesday 15 June 2005. Available at: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmhansrd/vo050615/text/50615w38.htm>
18. Наукове обґрунтування управління медико-соціальною профілактикою перинатальної смертності в умовах Донецького регіону [текст]: автореф. Дис.. к.м.н.: 14.02.03 / Орда Олександр Миколайович; Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2007. – 20с.
19. Акушерсько-гінекологічна допомога в Україні за 2006–2008 роки : статистично-аналіт. довідник. – К. : МОЗ України, Центр мед. статистики МОЗ України. – 238 с.
20. Урядовий портал. Національний проект та соціально-відповідальний бізнес створюють перинатальні центри. 07.06.2011 – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=244316731&cat_id=244277212

Анотація. У статті висвітлюється динаміка смертності немовлят в Україні та Європейському регіоні ВООЗ. Розглядається якість статистичних даних щодо смертності немовлят, причини мертвонароджуваності та неонатальної смертності. Вказано на збільшення кількості дітей, що народжуються недоношені й з недостатньою вагою як в Україні, так і у країнах Заходу. Звертається увага на високу вартість неонатального догляду в спеціалізованих центрах і приділення у зв'язку з цим більшої уваги профілактиці захворювань вагітних, поліпшенню репродуктивного здоров'я в цілому та його шляхи.

Аннотация. В статье освещается динамика детской смертности в Украине и Европейском регионе ВОЗ. Рассматривается качество статистических данных о детской смертности, причины мертворождаемости и неонатальной смертности. Обращается внимание на увеличение количества детей, рождающихся недоношенными и с недостаточным весом как в Украине, так и странах Запада. Указано на высокую стоимость неонатального ухода в специализированных центрах и необходимость уделять в связи с этим больше внимания профилактике заболеваний беременных, улучшению репродуктивного здоровья в целом и его пути.

Summary. The article highlights the dynamics of infant mortality in Ukraine and WHO European region "A". The quality of data, causes of fetal death and neonatal mortality is considered. The authors emphasize the increasing number of premature birth and low-weight children both in Ukraine and Western countries. The high cost of the specialist neonatal care is pointed out. In this regard it is called attention to the necessity of prevention OF pregnant women's diseases and reproductive health improvement thoroughly.

Ключові слова: смертність немовлят, неонатальна смертність, перинатальна смертність, мертвонароджуваність.

Ключевые слова: младенческая смертность, неонатальная смертность, перинатальная смертность, мертворождаемость.

Key words: infant mortality, neonatal mortality, perinatal mortality, fetal mortality.

Стаття надійшла до редакції журналу 04.09.2011 р.