

Репродуктивне здоров'я як чинник фертильності жінок і якості здоров'я народжуваних поколінь

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – дослідити стан репродуктивного здоров'я як чинника фертильності жінок і якості здоров'я народжуваних поколінь.

Матеріали та методи. Використано дані галузевої статистичної звітності за період 2000–2016 рр., а також статистичний метод дослідження.

Результати. Комплексно наведено показники репродуктивного здоров'я жінок України за період 2000–2016 рр. Показано динаміку поширеності хвороб серед дітей різних вікових груп в Україні за вказаний період.

Висновки. Стан репродуктивного здоров'я жінок впливає не лише на рівень народжуваності, але й на життєздатність майбутніх поколінь.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, показники, новонароджені, здоров'я.

ВСТУП

В умовах збереження низького рівня народжуваності, проблеми охорони репродуктивного здоров'я, яке є найважливішою частиною популяційного здоров'я та якісною характеристикою відтворення населення, набувають високої медико-соціальної значущості. До індикаторів репродуктивного здоров'я як складової відтворення населення відносяться: захворюваність жінок, що виникла в період вагітності або в попередній період; поширеність абортів; безпліддя; перинатальна, малюкова смертність [5].

Специфіка репродуктивного здоров'я жінки зумовлена насамперед особливостями реалізації її репродуктивної функції. Факторами, які знижують рівень репродуктивного здоров'я жінок, є високий рівень абортів і ускладнень після них, значна величина гінекологічної захворюваності, поширеність інфекцій, що передаються статевим шляхом, (ІПСШ), погіршення стану здоров'я вагітних жінок і породіль. Саме репродуктивне здоров'я нації, знаходячись у витоків формування демографічного потенціалу, є необхідною передумовою оновлення населення шляхом приходу в цей світ нових поколінь, кількісний і якісний склад яких відповідає суспільним потребам [6]. Реалізація потенціалу сексуального та репродуктивного здоров'я передбачена «Планом дій з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я в підтримку виконання «Порядку денного в галузі сталого розвитку на період до 2030 р. в Європі – нікого не залишити без уваги» [7].

Мета роботи – дослідити стан репродуктивного здоров'я як чинника фертильності жінок і якості здоров'я народжуваних поколінь.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Використано дані галузевої статистичної звітності за період 2000–2016 рр., а також статистичний метод дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Переорієнтація служби охорони здоров'я матері і дитини на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю сприяла позитивній тенденції стану здоров'я нових народжуваних поколінь: частота хворих новонароджених зменшилася з 272,14 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні ≥ 500 г у 2000 р. до 153,74 у 2011 р., 144,8 у 2013 р. з подальшою незначною тенденцією до зростання – 156,36 у 2015 р. та 157,66 у 2016 р. Після народження частота хворих дітей збільшується. Високою при позитивній тенденції залишається і захворюваність дітей першого року життя: 2018,8 на 1000 середньорічного контингенту дітей цього віку – у 2010 р., 1560,0 – у 2011 р., 1487,06 – у 2016 р.

Високий рівень захворюваності новонароджених приводить до високого рівня захворюваності дівчаток-підлітків, які в період фертильності мають цілу низку захворювань. Дослідження вітчизняних авторів показують, що в дитячому і підлітковому віці виникає до 64% захворювань, які становлять безпосередню чи опосередковану загрозу репродуктивній функції організму.

До того часу, коли майбутні батьки вступають у репродуктивний період, вони вже мають низку захворювань. На тлі зменшення чисельності дитячого населення рівні поширеності хвороб серед загальної популяції дитячого населення залишаються високими.

Якщо до 2010 р. поширеність хвороб зростала (1694,62 на 1000 дітей віком до 17 років – у 2003 р., 1998,3 – у 2010 р., то з 2011 р. намітилася тенденція до її зниження (1742,3 – у 2015 р.) з подальшою тенденцією до збільшення (1777,16 – у 2016 р.), що може бути зумовлене тривалими воєнними діями на Сході України (табл. 1).

Аналогічні тенденції поширеності хвороб характерні для усіх вікових груп дітей. Високий рівень поширеності хвороб серед дітей суттєво впливає на їх репродуктивне

здоров'я. Особливе занепокоєння викликають все ще високі, незважаючи на позитивну тенденцію, рівні поширеності хвороб ендокринної системи (98,56 на 1000 дітей – у 2006 р., 70,34 – у 2016 р.), сечостатевої системи (відповідно 57,43 і 46,65), крові і кровотворних

органів (відповідно 45,14 і 35,81), інфекційних і паразитарних хвороб (відповідно 67,70 і 53,11), значущість яких для дитячого віку особливо велика у зв'язку з їх впливом на становлення репродуктивної функції.

Таблиця 1
Динаміка поширеності хвороб серед дітей різних вікових груп в Україні за 2000–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Рік	0–17 років	0–6 років	7–14 років	15–17 років
2000	н/д	1717,4	1565,9	1430,69
2001	н/д	1779,0	1636,4	1485,7
2002	н/д	1783,4	1650,2	1465,8,6
2003	1694,62	1857	1680,3	1576,0,8
2004	1740,81	1883,9	1733,4	1579,9
2005	1797,86	1933,4	1786,3	1712,4,9
2006	1879,5	1939,4	1783,2	1711,96
2007	1879,5	1987,3	1837,4	1803,06
2008	1885,79	1934,4	1867,24	1844,19
2009	1938,87	1918,6	1946,7	1959,5
2010	1998,3	1931,5	2018,3	2213,35
2011	1980,54	1875,7	2023,3	2116,9
2012	1922,8	1803,3	1963,1	2109,6
2013	1920,34	1780,2	1969,1	2159,6
2014	1760,73	1624,5	1801,4	2022,3
2015	1742,3	1588,9	1776,8	2083,2
2016	1777,16	1681,97	1742,21	2154,5
2016 / 2000 рр., %		97,94	111,26	150,59

Події, що обумовлюють початок репродуктивного життя, і вік, у якому вони відбуваються, є важливими факторами, що визначають як фертильність, так і репродуктивне здоров'я, впливають на майбутній життєвий шлях людини. Очевидна значущість комплексного підходу до проблем охорони репродуктивного здоров'я підлітків, їхнього сексуального становлення.

За даними державної статистики, поширеність хвороб серед дітей підліткового віку у XXI ст. зросла на 50,6% і наразі становить 2154,5 на 1000 дітей віком 15–17 років.

Значний вплив на репродуктивне здоров'я цих контингентів населення має їхня репродуктивна поведінка. До факторів, що впливають на репродуктивну поведінку молоді, належать: негативний вплив ЗМІ, зокрема пропаганда сексуального насилля, порнографія, широке розповсюдження шкідливих звичок (наркоманія, алкоголізм, тютюнокуріння), страх не знайти або втратити роботу та фінансова залежність від батьків.

Дані дослідження поведінки дітей шкільного віку щодо здоров'я [8] засвідчили, що середній вік підлітків, які вступають у статеві стосунки, у 2002–2012 рр. становив 12,5–13,68 у хлопчиків і 11,6–13,28 у дівчат. Саме в цей період відмічається найбільший сплеск гінекологічної захворюваності. Упродовж періоду спостереження частота розладів менструацій у дівчаток віком 10–14 років збільшилася на 55,5% (з 10,24 на 1000 дівчаток відповідного віку у 2000 р. до 15,92 у 2016 р.), у дівчат підліткового віку – на 43,6% (з 40,26 до 57,8 відповідно),

що зумовлює високий рівень репродуктивної і перинатальної патології в подальші роки.

Утримується високий рівень і запальних захворювань репродуктивної системи – поширеність сальпінгітів, оофоритів у дівчат підліткового віку становила 138,69 на 10 тис. дівчат 15–17 років у 2000 р. і 131,5 – у 2016 р. Ці захворювання мають найбільш несприятливі наслідки, якщо вони перенесені в підлітковому віці, зумовлюють високий рівень репродуктивної та перинатальної патології в подальші роки й негативний вплив на реалізацію репродуктивного потенціалу.

Важливою складовою впливу на стан репродуктивного здоров'я дітей підліткового віку є також їхня сексуальна активність, наслідком якої можуть бути ІПСШ.

Серед дітей і молоді все частіше зустрічаються ІПСШ. Так, у 2016 р. захворюваність на сифіліс становила 4,03 на 100 тис. дівчат 15–17 років, хламідіоз – 13,9, трихомоніаз – 80,06, гонококову інфекцію – 6,23.

Ризикова поведінка, зокрема ранні статеві стосунки, спричиняють ранню вагітність. Наразі у нашій країні спостерігається постійне зменшення абортів серед неповнолітніх. До 1996 р. частота абортів серед неповнолітніх становила 0,17 на 1000 дівчаток до 14 р., а з 1997 р. відмічається позитивна їх тенденція (0,1 – у 2000 р., 0,07 – у 2007 р., 0,09 – у 2008 р., 0,05–0,06 – у 2013–2016 рр.). Позитивна динаміка скорочення абортів у неповнолітніх в Україні є результатом стабільної роботи системи планування сім'ї. Водночас занепокоєння

викликає стабілізація абортів у неповнолітніх протягом останніх 4 років на рівні 0,05–0,06. Зниження рівня абортів серед дівчат підліткового віку відбувалося більш

інтенсивними темпами – 8,58 на 1000 дівчат 15–17 років у 2000 р. і 1,57 у 2016 р. Лише за останні п'ять років цей показник зменшився на 29,8% (рис. 1).

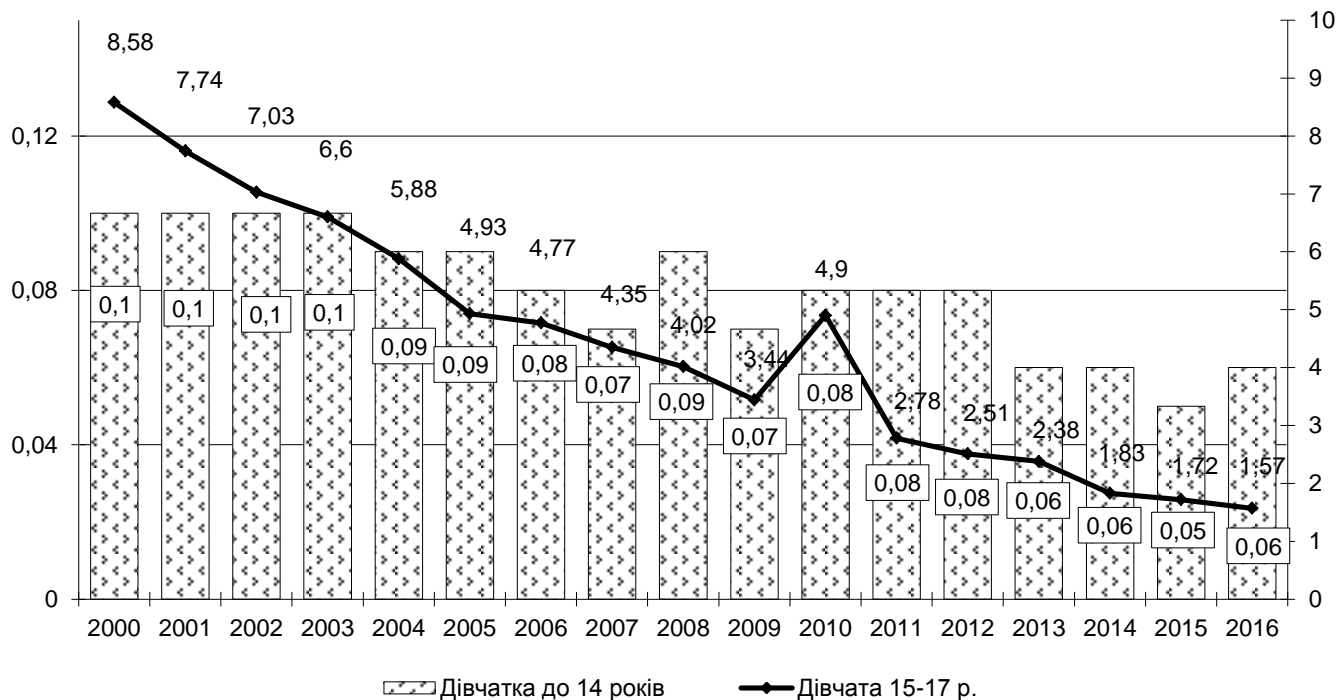


Рис. 1. Динаміка абортів у дівчаток віком до 14 років та дівчат 15–17 років в Україні за 2000–2016 рр. (на 1000 населення відповідного віку та статі)

Основне навантаження з проблем репродуктивного здоров'я припадає на жінок, їх репродуктивний ризик проявляється на сімейному та популяційному рівнях і в цілому об'єднує всі соціальні та медичні фактори, що призводять до зниження народжуваності і погіршення здоров'я нових генерацій дітей. Усе ще незадовільний стан здоров'я дітей, у т.ч. підліткового віку, впливає на стан соматичного й репродуктивного здоров'я дорослого населення.

Зокрема, материнське здоров'я до, під час та між вагітностями, умови народження, рівень закладу, який надає допомогу, впливають на стан народженої дитини [10, 11].

До об'єктивних критеріїв стану репродуктивного здоров'я відноситься гінекологічна захворюваність жінок. У цілому за період 2000–2016 рр. у жінок України відмічалася негативна тенденція частоти розладів менструацій, запальних хвороб шийки матки при позитивній тенденції частоти сальпінгітів, оофоритів, ерозії і ектопіону шийки матки.

Важливим індикатором стану репродуктивної системи жінки є менструальний цикл. Розлади менструацій є першими ознаками прихованих патологій та захворювань і можуть відбитися на здатності до зачаття і виношування немовлят. У структурі гінекологічних захворювань на частку порушень менструального циклу припадає близько 20%. За аналізований період поширеність розладів менструацій у жінок фертильного

віку зростає на 30,87% – з 13,39 на 1000 відповідного населення у 2000 р. до 18,23 у 2016 р. з найвищим (18,94) показником у 2013 р., а захворюваність на розлади менструації – на 28,65% – із 8,9 до 11,45 і 11,58 відповідно (табл. 2).

Як видно із табл. 2, поширеність і захворюваність на сальпінгіти і оофорити мала тенденцію до зниження і у 2016 р. серед жінок працездатного віку становила 16,12 і 8,79 на 1000 населення відповідного віку і статі проти 19,67 і 11,42 у 2000 р. відповідно. За цей період серед жінок працездатного віку зросли рівні поширеності і захворюваності на запальні хвороби шийки матки з 6,85 та 5,03 на 1000 населення відповідного віку і статі у 2000 р. до 12,17 і 8,26 у 2016 р. відповідно.

Негативно впливають на репродуктивну функцію і якість життя жінок і незапальні хвороби жіночих статевих органів, зокрема ерозія шийки матки та ектопіон. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, за аналізований період відмічався все ще високий рівень як поширеності, так і захворюваності жінок працездатного віку на ерозію шийки матки та ектопіон при тенденції до зниження з 18,95 і 11,31 на 1000 населення відповідного віку і статі у 2000 р. до 18,5 і 8,96 у 2016 р.

Порушення репродуктивної функції жінок спричиняють ІПСШ. У випадках наявності інфекцій у вагітної жінки підвищується ризик несприятливого перебігу вагітності, інфікування плоду, а отже, і проблем зі здоров'ям майбутньої дитини.

**Характеристика гінекологічних захворювань жіночого населення України,
2000–2016 рр., на 1000 населення відповідного віку і статі**

Рік	Розлад менструацій*		Сальпінгіти, оофорити**		Запальні хвороби шийки матки**		Ерозія та ектропіон шийки матки**	
	П	З	П	З	П	З	П	З
2000	13,93	8,90	19,67	11,42	6,85	5,03	19,85	11,31
2001	14,95	9,62	12,92***	7,4***	н/д	н/д	13,13***	7,38***
2002	15,80	9,81	20,84	11,99	7,68	5,71	19,01	10,43
2003	16,45	10,09	20,38	11,65	8,38	6,23	18,72	10,49
2004	17,01	10,45	20,40	11,70	9,08	6,81	19,38	10,85
2005	17,21	10,64	20,25	11,60	9,74	7,30	19,34	10,62
2006	17,57	10,68	20,09	11,13	10,29	7,73	19,20	10,51
2007	17,79	10,66	19,82	10,98	10,05	7,11	18,74	10,04
2008	17,72	10,52	19,65	10,66	10,50	7,21	18,71	9,87
2009	17,93	10,70	19,10	10,37	11,05	7,80	18,89	10,15
2010	18,32	10,93	18,82	10,08	11,38	7,75	19,42	10,35
2011	18,44	10,97	18,31	9,74	11,60	7,89	19,75	10,35
2012	18,61	11,25	18,27	9,88	11,79	8,04	20,07	10,47
2013	18,94	11,58	18,05	9,81	12,25	8,53	20,05	10,35
2014	17,63	11,02	16,30	8,89	12,09	8,45	17,92	9,33
2015	18,19	11,47	16,26	8,87	12,01	8,34	18,38	9,44
2016	18,23	11,45	16,12	8,79	12,17	8,26	18,15	8,96
2016/2000, %	130,87	128,65	81,95	76,97	177,66	164,21	91,43	79,22

Примітки: * – у жінок 15–49 років, на 1000 населення відповідного віку і статі;

** – у жінок працездатного віку, на 1000 населення відповідного віку і статі;

*** – у жінок від 18 років.

Статистичні дані Міністерства охорони здоров'я включають дані щодо захворюваності жіночого населення на сифіліс, гонорею, хламідіоз, трихомоніаз і мікоплазмоз. Рівень захворюваності на ІПСШ, а отже, і внесок цих інфекцій у порушення репродуктивного здоров'я в Україні набагато вищий, ніж у розвинутих країнах Європи. Хоча, за даними Центру медичної статистики, захворюваність на гонококову інфекцію та сифіліс упродовж 2001–2016 рр. суттєво знижувалась, фахівці наголошують на недооцінці масштабів поширення цих захворювань. Так, захворюваність жіночого населення на сифіліс зменшилася у 15 разів і у 2016 р. становила 6,1 на 100 тис. жіночого населення проти 91,7 у 2000 р., а захворюваність на гонококову інфекцію – відповідно у 4,1 разу, 7,8 разу і 32,2 разу. При цьому кількості випадків виявлення сифілісу серед вагітних в Україні зменшилася з 2138 у 2001 р. до 364 у 2016 р.

Проте стрімке зниження захворюваності населення в цілому і зокрема жіночого на сифіліс і гонорею викликає певну занепокоєність через ймовірність їх незадовільного виявлення та неповної реєстрації, особливо випадків гонореї.

Динаміка захворюваності жінок на хламідійні інфекції та уrogenітальний мікоплазмоз мала двофазний характер – зростала відповідно з 75,4 і 33,3 на 100 тис. жіночого населення у 2000 р. до 120,1 і 89,01 у 2011 р., з подальшим зниженням до 82,3 і 52,1 у 2016 р. При цьому в цілому за період спостереження захворюваність жінок на хламідійні інфекції зменшилася у 1,5 разу, а уrogenітальний мікоплазмоз збільшилася у 2,5 разу, що, ймовірно, може бути зумовлене розширенням показань

для їх діагностики і більшим впливом на розвиток мікоплазмозу частішої зміни сексуальних партнерів. Найбільш інтенсивні темпи зниження – у 3,0 разу – характерні для захворюваності жінок на трихомоніаз.

Результатами багатьох досліджень доведено безпосередній зв'язок, як у біологічному, так і в поведінковому аспектах між ІПСШ та ВІЛ-інфекцією – так званий «епідеміологічний синергізм». За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2016 р. включно в Україні офіційно зареєстровано 297 424 нові випадки ВІЛ-інфекції, 92 897 захворювань на СНІД та 41 710 смертей від захворювань, обумовлених СНІДом [4]. Ця хвороба уражує головним чином молодь – майбутніх батьків і матерів. Народжуваність у ВІЛ-інфікованих на третину нижча, ніж у неінфікованих, ВІЛ-інфекція може знижувати фертильність жінок на будь-якій стадії захворювання, особливо при прогресуванні інфекції [1].

Протягом останніх (2007–2016) років в Україні спостерігалася позитивна тенденція до зниження в процентному відношенні вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок на основі результатів первинних тестів – зниження з 0,52% у 2007 р. до 0,47% у 2011 р. і 0,32% у 2016 р. Серед молодих вагітних жінок у віці 15–24 років цей показник становив 0,33% у 2013 р., 0,32% – у 2014 р., 0,25% – у 2016 р.

При цьому охоплення жінок, в яких діагностовано ВІЛ під час вагітності, профілактичною антиретровірусною терапією збільшилося з 9% у 1999 р. до 77% у 2000 р., 92,5% у 2007 р. і 95,4% у 2016 р. Така діяльність привела

до значного (майже в 6 разів) зменшення показника передачі ВІЛ від матері до дитини – з 27,8% у 2001 р. до 3,35% у 2014 р. (рис. 2). Проте цільовим значенням ЧПМД

у рамках Загальнодержавної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. є 1% соціальної.

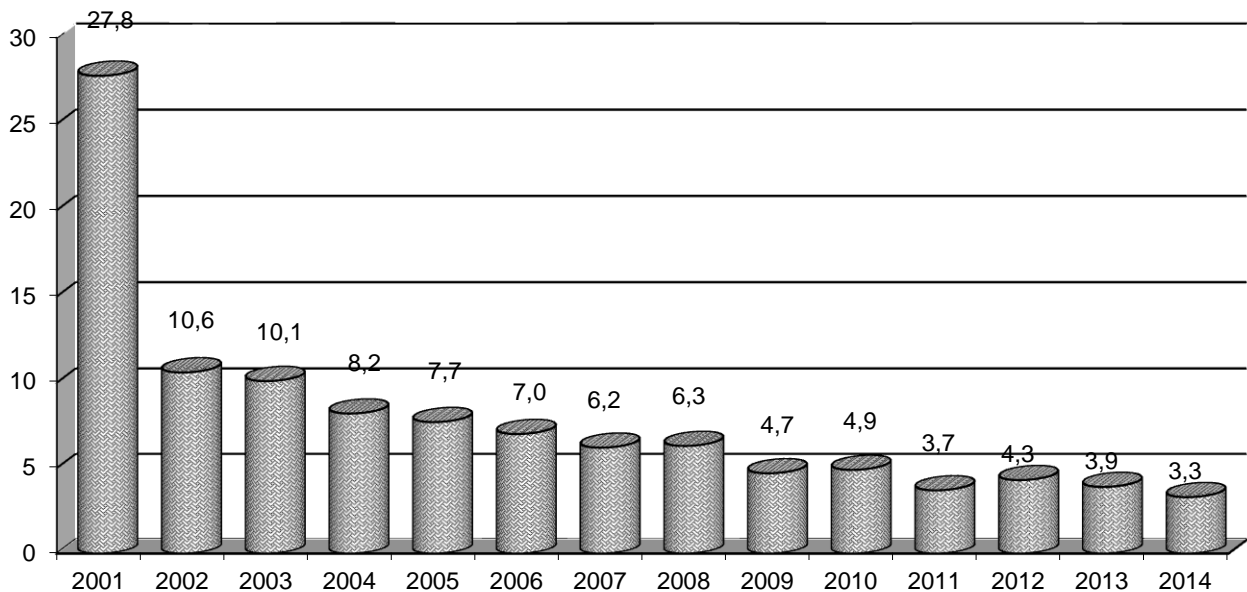


Рис. 2. Динаміка частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (за результатами ІФА), Україна, %

У 2016 р. показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини розрахований серед когорти дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у 2014 р. – 3,32%, без урахування даних АР Крим та частини території проведення АТО.

Можна стверджувати, що одним з основних чинників кризової демографічної ситуації в Україні на сьогодні є онкогінекологічна захворюваність. Високий рівень поширеності онкологічних захворювань репродуктивної системи, пізня діагностика і пов'язана з цим передчасна смерть хворих на онкогінекологічну патологію негативно впливають, з одного боку, на показник загальної смертності населення, з іншого – на недонародження хворими жінками репродуктивного віку бажаних дітей [3].

Нині частка хворих на рак репродуктивної системи жінок серед онкологічних хворих обох статей становить близько 19,0%, а серед онкохворих жінок – близько 20,0%. Упродовж останніх років в Україні щорічно виявляється понад 15 тис. жінок із локалізацією злоякісних новоутворень у жіночих статевих органах. Серед жінок працездатного віку смертність від злоякісних новоутворень посідає друге місце.

Залишається незадовільним і стан здоров'я вагітних жінок. Наразі, незважаючи на позитивну тенденцію, все ще в кожній четвертій вагітній відмічається анемія, яка значною мірою залежить від якості та повноцінності харчування (що зумовлено передусім соціально-економічним становищем сімей) та є маркером як соціально-економічного благополуччя країни, так і піксії плоду.

Складна екологічна ситуація зумовлює і тенденцію до зростання рівня захворюваності щитоподібної залози у вагітних жінок з 8,51 на 100 вагітних у 2000 р. до 9,49 у

2016 р. Патологія щитоподібної залози, навіть при компенсованому її перебігу, у 89% призводить до розвитку ускладнень вагітності та пологів, серед яких найбільш частими є загроза переривання – 55% випадків, гестоз – 51%, аномалії родової діяльності – 24%, несвоєчасне відлиття навколоплідних вод – 19% [9].

Надзвичайно серйозною проблемою в сучасній Україні є зростання у 5,4 разу захворюваності вагітних на цукровий діабет – з 0,08 на 100 вагітних у 2000 р до 0,43 у 2016 р. Цукровий діабет – найбільш значуща не акушерська патологія. Це означає, що жодне інше хронічне захворювання не має настільки частого та вираженого негативного впливу на репродуктивну функцію людини, перебіг вагітності та стан плода, як цукровий діабет. Частота перинатальної смертності в жінок із цукровим діабетом сягає 2–5%, що значно вище від загальнопопуляційної [2].

Спостерігається тенденція до збільшення частоти хвороб системи кровообігу: з 5,8 на 100 вагітних у 2000 р. до 7,36 у 2016 р. хвороб сечостатевої системи, що інтерпретуються в основному як наслідок низької репродуктивної культури та безвідповідальної статевої поведінки, – з 12,8 до 13,77 відповідно (табл. 3).

Успішне проведення профілактичних заходів і впровадження інноваційних перинатальних технологій дало змогу знизити рівень гестозів майже у 2 рази (з 10,8 на 100 вагітних у 2000 р. до 6,11 у 2016 р.) та забезпечити позитивну тенденцію до зменшення кількості прееклампсій і еклампсій з 2,3% до 2,0% відповідно, кровотеч – з 3,4% до 2,0%, аномалій пологової діяльності – з 10,3% до 6,7%.

До найбільш вагомих чинників, які впливають на репродуктивний процес, відносяться аборти. Значне рівномірне зменшення загального показника абортів на

1000 жінок репродуктивного віку порівняно з минулими роками (32,09 – у 2000 р., 13,94 – у 2010 р., 9,38 – у

2016 р.) має важливе значення, але слід усвідомлювати, що в розвинутих країнах світу він у 2–3 рази нижчий.

Таблиця 3

Динаміка частоти окремих захворювань у вагітних за 2000–2016 рр., Україна (на 100 вагітних)

Рік	Захворюваність						
	анемія	хвороби системи кровообігу	хвороби сечостатевої системи	цукровий діабет	дисфункція щитовидної залози	гестози	пре-еклампсія та еклампсія
2000	39,1	5,8	12,8	0,08	8,51	10,8	2,3
2001	39,3	6,2	14,1	0,08	9,16	11,3	2,8
2002	39,4	6,5	15,5	0,08	9,36	11,9	3,2
2003	36,3	5,1	11,2	0,08	10,08	11,7	3,4
2004	36,4	6,6	16,5	0,1	10,55	11,4	3,4
2005	34,8	6,08	16,1	0,09	10,47	10,2	2,9
2006	31,7	5,8	15,3	0,1	10,11	8,9	2,9
2007	28,8	5,73	15,4	0,1	10,05	8,2	2,4
2008	27,4	5,9	15,2	0,13	10,63	7,4	2,2
2009	26,5	6,1	15,1	0,15	10,04	7,02	2,7
2010	26,4	6,2	14,6	0,17	9,65	6,6	2,5
2011	25,1	6,0	14,2	0,2	9,62	6,2	0,3
2012	24,77	6,43	13,46	0,28	9,07	5,83	2,06
2013	25,12	6,36	13,66	0,32	9,03	5,77	2
2014	24,12	6,57	13,11	0,34	9,05	5,87	1,97
2015	25,06	6,94	13,8	0,38	9,04	6,02	2
2016	25,81	7,36	13,77	0,43	9,49	6,11	2,1
2000/2016 рр.	66,01	126,89	107,57	537,5	111,51	56,57	91,3

Очевидно, що необхідною умовою забезпечення ефективного відтворення населення є належний рівень репродуктивного та соматичного здоров'я батьків, у т.ч. відсутність спадкової патології, а також сприятливий перебіг гестаційного процесу та пологів, що виключає травматичні і гіпоксичні пошкодження плоду. До очевидних чинників негативного впливу на перинатальні результати відносяться ускладнені пологи,

екстрагенітальна і акушерська патологія вагітних і породіль. Завдяки успішному здійсненню профілактичних заходів і впровадженню інноваційних перинатальних технологій знизилася частота ускладнених пологів, яка до 2005 р. перевищувала частоту нормальних пологів, після чого спостерігалось стабільне її зниження: 48,6% – у 2006 р., 33,3% – у 2010 р., 32,3% – у 2016 р. (рис. 3).

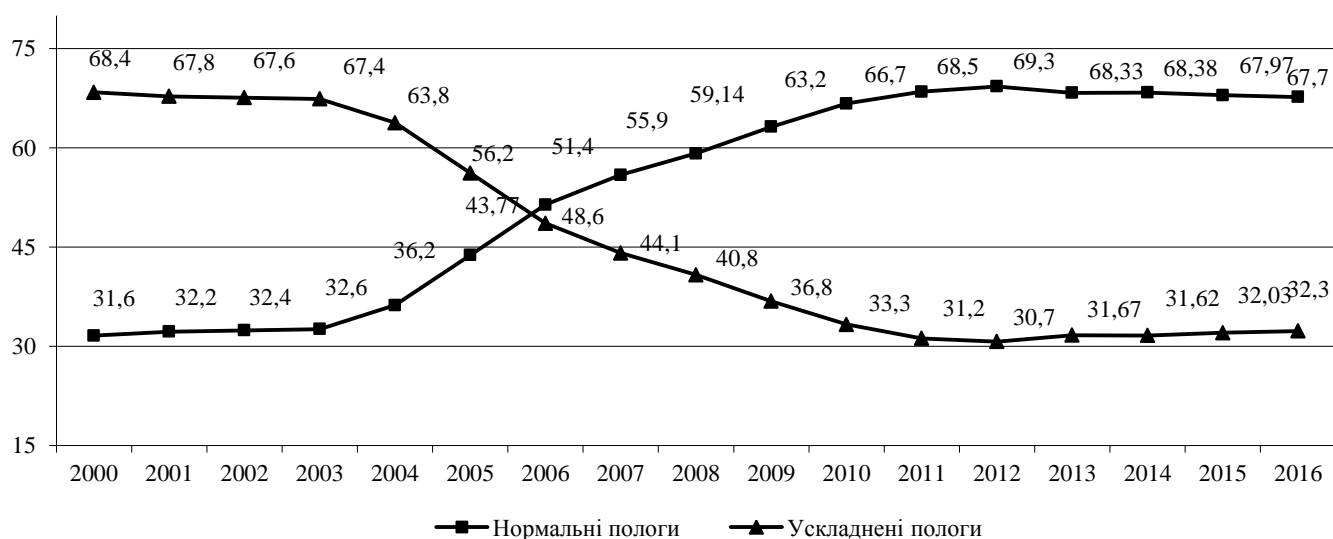


Рис. 3. Динаміка частоти нормальних та ускладнених пологів, 2000–2016 рр., Україна

Поліпшення якості акушерської допомоги, впровадження в клінічну практику положень про групи перинатального ризику сприяли зменшенню частоти передвдворотних ускладнень у процесі пологів і в післяродовому періоді – анемій, кровотеч, септичних станів, порушень пологової діяльності. У цілому частота анемій зменшилася з 275,45 на 1000 пологів у 2000 р. до 152,31 у 2010 р. і 159,27 у 2016 р., частота акушерських кровотеч – з 38,5 до 20,59 і 17,33, септичних станів –

з 0,17 до 0,02 і 0,01, аномалій пологової діяльності – з 114,6 до 42,9 і 37,91 відповідно (табл. 4).

Незважаючи на позитивну динаміку частоти аномалій пологової діяльності, відмічається зростання пологового травматизму – розривів матки у 1,3 разу та розривів промежини у 1,4 разу, що неминуче відбивається як на стані здоров'я та якості життя жінок, так і на стані здоров'я потомства.

Таблиця 4

Динаміка частоти ускладнень родів та післяродового періоду в Україні у 2000–2016 рр. (на 1000 пологів)

Рік	Анемія	Аномалія пологової діяльності	Акушерські кровотечі	Розрив матки	Розрив промежини III–IV ступенів	Родовий сепсис і розлита післяпологова інфекція
2000	275,4	114,6	38,5	0,03	0,1	0,17
2001	290,6	111,2	36,3	0,02	0,05	0,13
2002	283,9	103,4	37,7	0,03	0,05	0,1
2003	267,0	97,9	32,1	0,02	0,04	0,07
2004	248,1	90,2	30,4	0,02	0,06	0,08
2005	230,9	79,4	27,5	0,03	0,05	0,04
2006	202,6	67,37	26,0	0,03	0,1	0,1
2007	182,1	58,48	24,1	0,04	0,09	0,04
2008	163,55	53,61	24,22	0,03	0,06	0,05
2009	152,77	47,86	22,59	0,05	0,02	0,04
2010	152,31	42,92	20,59	0,04	0,04	0,02
2011	145,63	42,07	18,59	0,01	0,08	0,03
2012	145,99	40,44	18,5	0,02	0,05	0,03
2013	143,56	40,42	17,82	0,01	0,07	0,03
2014	137,67	38,32	18,51	0,02	0,05	0,02
2015	159,45	38,72	18,11	0,04	0,08	0,02
2016	159,27	37,91	17,33	0,04	0,14	0,01
2016 р./2000 р., %	57,83	33,08	45,01	133,3	140,0	5,88

Ускладнення пологів, які розвиваються на тлі екстрагенітальної та акушерської патології, значно впливають на стан новонародженої дитини та призводять до зростання рівня захворюваності дітей, особливо за класами – перинатальні пошкодження нервової системи, порушення харчування та росту внутрішньоутробного плоду, респіраторного дистресу тощо.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у сучасних умовах роль репродуктивного здоров'я значно зростає. Від його стану залежить не лише рівень народжуваності, але й життєздатність майбутніх поколінь.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням здоров'я новонароджених дітей із різною екстрагенітальною та акушерською патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю. Г. Репродуктивне здоров'я жінок як важлива складова покращення демографічної ситуації в Україні / Ю. Г. Антипкін // Журнал АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 476–485.
2. Арбатская И. Ю. Сахарный диабет 1-го типа и беременность / И. Ю. Арбатская // Фарматека. – 2002. – № 2. – С. 30.
3. Благуляк Т. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи комплексної профілактики раку шийки матки / Т. В. Благуляк // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. – Харків, 2015. – 22 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень № 47 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : phc.org.ua/pages/diseases/hiv_aids/.../information-bulletins. – Назва з екрана.

5. Григорьев Ю. А. Репродуктивное здоровье как качественная характеристика популяции / Ю. А. Григорьев, С. В. Соболева // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2013. – № 3–2 (91). – С. 157–161.

6. Демографічна криза в Україні. Проблеми, витоки, складові напрями протидії / за ред. В. Стешенко // НАН України, Інститут економіки. – Київ, 2001. – 560 с.

7. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе – никого не оставит без внимания [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2016. – Режим доступа : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/.../66wd13r_SRHActionPlan_160524. – Название с экрана.

8. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О. М. Балакірєва, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова [та ін.] / наук. ред. О. М. Балакірєва. – Київ : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – Київ, 2014. – 156 с.

9. Рябых В. И. Влияние патологии щитовидной железы матери на формирование взаимосвязей в системе мать–плацента–плод : автореф. дисс. ... к.мед.н. : 14.00.01 – «Акушерство и гинекология»; 14.00.15 – «Патологическая анатомия» / В. И. Рябых. – Москва, 2005. – Режим доступа : www.disserscat.com. – Назва з екрана.

10. From knowledge to planning considerations: a matrix to assess health needs for the perinatal network in eastern Paris / A. Serfaty, F. Gold, J. Benifla, G. Breart // European Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 21, № 4. – P. 504–511.

11. The effectiveness of regionalization of perinatal care services – a systematic review / A. Rashidian, A. H. Omidvari, Y. Vali [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 128, Iss.10. – P. 872–885.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.10.2017 р.

**Репродуктивное здоровье как фактор
фертильности женщин и качества
здоровья новорожденных поколений**

Е.А. Дудина, Ю.Ю. Габорец
ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

Цель – исследовать состояние репродуктивного здоровья как фактора фертильности женщин и качества здоровья новорожденных поколений.

Материалы и методы. Использованы данные отраслевой статистической отчетности за период 2000–2016 гг., а также статистический метод исследования.

Результаты. Комплексно представлены показатели репродуктивного здоровья женщин Украины за период 2000–2016 гг. Показана динамика распространенности заболеваний среди детей разных возрастных групп в Украине за период исследования.

Выводы. Состояние репродуктивного здоровья женщин влияет не только на уровень рождаемости, но и на жизнеспособность будущих поколений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: репродуктивное здоровье, показатели, новорожденные, здоровье.

**Reproductive health as the factor
of women's fertility and the quality
of health for next generations**

O.O. Dudina, Yu.Yu. Gaborets
PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the state of reproductive health as the factor of women's fertility and the quality of health for next coming generations.

Materials and methods. The data of branch statistic reporting for the period of the years 2000–2016 were used in the course of research. Statistical method was applied as the principal one in the course of study.

Results. The indices of reproductive health of women in Ukraine for the years 2000–2016 are comprehensively represented in this article. The dynamics of the prevalence of diseases among infants of different age groups in Ukraine is also shown in the article.

Conclusions. The state of reproductive health of women impacts not only the level of birth-rate but also the vital capacity of next coming generations.

KEY WORDS: reproductive health, indices, newborns, health.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Дудина Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Габорець Юрій Юрійович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.