

в Україні почалося з 1931 року. З кожним роком це перевищення переусувається на нижчу вікову групу. У розвинених країнах перевищення жінок над чоловіками починається в 50-55 років. В Україні надвисока смертність серед чоловіків у 35-40 років.

Водночас, чоловіки перестають бути сильними і мужніми. В багатьох виникає довікове старіння. Тобто 60 років відповідає 80! Основна причина – шкідливі звички (алкоголь, куріння, переїдання), порушення сну, надлишкова тривожність, недостатня рухова активність, перевантаження екологічними і харчовими токсинами та ліками. Таке старіння випереджає генетичне. Тож так важливо їм проходити профілактичне обстеження, щоб хвороби лікувати своєчасно. Підриває чоловіче здоров'я і неправильне харчування. Не можна часто їсти червоне м'ясо. В ньому багато холестерину, а це проблема з серцем і судинами та надмірне навантаження на печінку. А печінка – це основний орган, який нейтралізує токсичні речовини, створює запаси вітамінів, мінералів і вуглеводів для забезпечення тіла енергією. Якраз печінка також відповідає за зовнішній вигляд. Щоб її допомогти бажано вживати продукти з незамінними есенціальними жирами (вітамін F), - це жири, які не синтезуються організмом, поступають ззовні з їжею. Вони містяться в бобових, в морській рибі, в яйцях, горіхах, нерафінованій соняшниковій, лляній і кунжутній оліях. В дієті не повинно бути білка більше, ніж вимагає організм. М'ясний білок краще замінювати на молочний і рослинний (бобові, гречка, соя). Обов'язково свіжа зелень (листяна гірчиця, крес-салат, редька).

З 2010 року в Україні реалізується національний проект з будівництва в усіх регіонах 27 високотехнологічних сучасних перинатальних центрів загальною вартістю 300-320 мільйонів гривень. Необхідність їх створення ініційована у зв'язку з тим, що в Україні реєструється висока дитяча і материнська смертність, яка перевищує показники ЄС в 2,4 і 3,4 рази відповідно. План реалізації цього задуму почав швидко втілюватися в життя. За невеликий час вже з'явилося вісім центрів і за час їх роботи було врятовано життя тисяч матерів і немовлят. Але в чому проблема, що передчасно появляється так багато недоношених дітей і така велика кількість вроджених вад.

Сучасне покоління молодих мам суттєво відрізняється

від попередніх поколінь. Сучасні дівчата і жінки мають дуже низькі резерви серцево-судинної і ендокринної систем, а також м'язевого апарату, що бере активну участь в перебігу вагітності і родів (черевний прес, тазове дно, стегна).

Значить є крайня необхідність у перинатальних центрах відкривати окремі відділи здорового потомства, в яких майбутні батьки оцінювали б рівень свого здоров'я і за необхідністю доводили б його до необхідної кондиції.

Відповідно до міжнародних рекомендацій для профілактики вроджених вад розвитку необхідно використовувати мультивітамінний комплекс із фолієвою кислотою протягом періконцепційного періоду (як мінімум 2-3 місяці до і 3-4 місяці після зачаття) всім, що планують вагітність жінкам, оскільки вони піддаються багатьом факторам ризику дефектів нервової трубки і вад розвитку серцево-судинної системи. Серед цих факторів ризику дуже серйозними є: аліментарний дефіцит найважливіших харчових речовин, генетична схильність і генні мутації, що приводить до нагромадження гомоцистеїну (токсичного проміжного продукту обміну метеоїну). Він може бути нейтралізований достатніми дозами фолієвої кислоти і вітамінів групи В. Доказано також, що фолієва кислота під час застосування в третьому триместрі вагітності може попередити значне число (біля 30%) передчасних родів. (Ендре Цейзель, 2013).

Таке наше бачення комплексного підходу до реорганізації сучасної охорони здоров'я. Щоб в наступних роках не було думки, що в Україні трудно народитися, але легко померти, і щоб зупинити процес вимирання українців.

S.M. Henyk

The Problems in Restructuring of Health Care in Ukraine

Department of General Surgery (Head of the Department prof. Gudzh I.M.) of Ivano-Frankivsk National Medical University

Summary: Further improvement and reforms of healthcare is the way to improve the health of the Ukrainians. Change and modification of the lifestyle, decreasing the impact of the risk factors, as well as the improvement of the lipid metabolism without drugs, performing health prophylactic measures from infant to elderly age, can dramatically reduce the incidence of chronic non-infectious diseases.

Keywords: *disease, health, recreational activities, healthy lifestyle, hypertension.*

Надійшла 21.10.2013 року.

УДК.575.191+613.95+312.2+616-007

Кочерга З.Р., Ковальчук Л.Є.

Медичні та генетичні аспекти демографічної ситуації серед новонароджених Івано-Франківської області

Івано-Франківський національний медичний університет

Резюме. З метою моніторингу основних демографічних показників з наступною розробкою рекомендацій з профілактики вроджених вад розвитку і спадкових хвороб проаналізовано 3984 історії пологів та історії розвитку новонароджених, 189 протоколів патологоанатомічних розтинів, 688 медичних карт стаціонарного хворого обласного перинатального центру, міського пологового будинку, обласної дитячої клінічної лікарні. Встановлено позитивну тенденцію до зростання кількості новонароджених по обласному перинатальному центрі та по Івано-Франківській області в цілому за період 2002 – 2012 роки, порівняно з попередніми роками. Виявлено зниження показників перинатальної, ранньої неонатальної та неонатальної смертності серед новонароджених

з 1999 до 2012 року. Рівень перинатальної смертності по Івано-Франківській області знизився у 5,9 разів (від 33,8 до 5,7 % у 1999 і 2012 роках, відповідно) Показник ранньої неонатальної смертності по області знизився у 2,95 разів (від 5,9 у 2000 р. до 2,0 % у 2012 р.). У структурі вроджених вад розвитку серед померлих новонароджених переважали аномалії серцево-судинної системи, на другому місці – множинні вади розвитку, вади розвитку шлунково-кишкового тракту та центральної нервової системи зустрічалися рідше, що пов'язано з покращенням пренатальної діагностики даної патології та профілактики.

Ключові слова: *демографічні показники, перинатальна та неонатальна смертність, вроджені вади розвитку.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень

Інтегральними показниками, які об'єктивно відображають стан здоров'я населення країни та рівень розвитку системи охорони здоров'я нації, є медико-демографічні показники, найбільш інформативні з яких – малюкова смертність, спектр показників захворюваності, інвалідності та фізичного розвитку дітей [11]. Тому зниження дитячої смертності та профілактика дитячої інвалідності є одним з головних напрямків соціальної політики держави в галузі охорони здоров'я [11]. Найвагоміші медико-соціальні наслідки створює пізнє встановлення діагнозу у випадках вроджених вад розвитку (ВВР) і спадкових хвороб (СХ), які потребують лікарського супроводу і ефективної корекції в неонатальному періоді та на першому році життя [1, 6, 7, 8, 14]. Це диктує необхідність розробки методів їх профілактики. В програмі Європейського бюро ВООЗ “Здоров'я для всіх у ХХІ-му столітті” говориться, що найважливіші для здоров'я людини основи закладаються і визначаються генетичними характеристиками, успадкованими від батьків, а потім в перинатальному та ранньому дитячому віці [5]. Водночас, якість здоров'я немовлят залежить від здоров'я жінки в прекоцепційному періоді та наявності пре- і перинатальних негативних чинників захворюваності та смертності дітей протягом першого року життя. Слід зауважити, що період новонародженості є найбільш критичним віковим періодом, який характеризується особливостями морфологічних, функціональних і біологічних змін, які виникають під час адаптації дитини до умов позаутробного життя. Тому вивчення структури і причин неонатальної смертності є надзвичайно актуальним.

Зростаюче техногенне навантаження на довкілля активних мутагенних сполук різної природи створює реальну загрозу для людини: посилює мутаційні процеси у популяціях, призводить до зростання частоти ВВР та хромосомних аномалій у статевих і соматичних клітинах. Ефективне подолання проблеми на загальнодержавному рівні передбачає розгортання загальнодержавних програм моніторингу і профілактики ВВР, в межах яких проводиться контроль за їх частотою в окремих популяціях та визначення ймовірних екзогенних чинників, потенційно задіяних у їх виникненні [2, 8, 10, 12,]. Таким чином, ефективна медико-генетична допомога населенню на регіональному і на загальнодержавному рівні вимагає ґрунтовної інформації про спектр і поширеність вродженої і спадкової патології в комплексі із факторами ризику соціально-демографічної природи та забруднення довкілля. Прогнозування динаміки народжуваності, неонатальної смертності та стану генофонду можна здійснити шляхом поєднання екологічного моніторингу інтенсивності мутагенного фону та демографічних показників. Такий підхід дозволив встановити, що різні райони Прикарпаття відрізнялись за екологічним станом [10]. Водночас детальний аналіз структури неонатальної смертності у поєднанні з виявленими причинами цієї патології не проводився.

Мета роботи – моніторингування основних демографічних показників з наступною розробкою рекомендацій з профілактики вроджених вад розвитку і спадкових захворювань.

Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження була первинна документація пологових стаціонарів Івано-Франківської області за 1999-2012 роки. Проаналізовано 3984 історії пологів та історії розвитку новонароджених, 189 протоколів патологоанатомічних розтинів, 688 медичних карт стаціонарного хворого обласного перинатального центру (ОПЦ), міського пологового будинку, обласної дитячої клінічної лікарні. Проведено вивчення матеріалів звітно-статистичної документації всіх районів області (форма 021, форма 049) та первинної документації за 1999-2012 роки, а також обласного медико-генетичного кабінету. Збір і обробку медико-генетичного матеріалу здійснено відповідно до протоколу генетико-епідеміологічних досліджень.

Статистична обробка показників проведена за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel 2000.

Результати дослідження та їх обговорення

За останні 10 років в Україні спостерігається тенденція до підвищення народжуваності. За даними Держстату, рівень останньої збільшився з 10,3 до 11,0 народжених на 1 тисячу населення, причому зростання народжуваності було зафіксоване у всіх регіонах країни. У Волинській, Закарпатській, Рівненській областях та місті Києві рівень народжуваності перевищив рівень смертності, число померлих зменшилося на 2,72 тисячі осіб, або з 15,52 до 15,33 померлих на 1 тисячу населення. Проведенням нами аналізом динаміки кількості новонароджених встановлено позитивну тенденцію до незначного зростання даного показника по ОПЦ та по Івано-Франківській області в цілому за період 2002 – 2012 роки у 1,25 рази (з 9,92 до 12,41 ‰) (рис. 1). При цьому у Верховинському районі показник народжуваності переважав такий в інших досліджуваних регіонах, а в м. Івано-Франківську він був найнижчим у 2002 році у (8,82 ‰).

Заслугує на увагу зниження кількості мертвонароджених серед новонароджених ОПЦ – у 2012 році даний показник був у 2,55 рази нижчий, ніж у 2009 році (рис. 2). Серед новонароджених Івано-Франківської області у 2012 році також відзначено зниження кількості мертвонароджених у 1,44 рази, порівняно з 2009 роком. На противагу, серед новонароджених України даний показник майже не змінився за проаналізовані 14 років.

У структурі смертності дітей першого року життя провідні місця належать станам, що виникли в перинатальному періоді, ВВР та хворобам органів дихання. Вивчено вікові структури померлих на першому році життя засвідчило, що на першому місяці життя (0-28 днів) помирає дітей більше (55,82 ‰), ніж у наступні місяці (44,23 ‰) [5]. Оскільки, дві третини причин, які формують стан здоров'я людини в майбутньому зумовлені чинниками, які впливають саме в період вагітності, пологів та першого року життя дитини, для даного періоду дитинства надзвичайно важлива правильна організація медичної допомоги. З середини 80-х років в Україні розпочали створювати відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених переважно в багатопрофільних дитячих лікарнях, а згодом і в окремих пологових будинках. За наказом МОЗ України в Івано-Франківській області створена 3-х ступенева система інтенсивної терапії

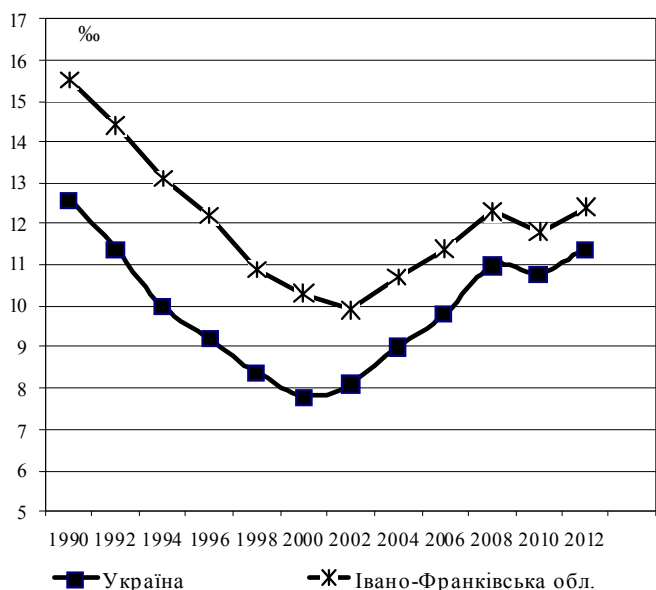


Рис. 1. Коефіцієнт народжуваності в Україні та у Івано-Франківській області. По осі ординат вказано коефіцієнт народжуваності, по осі абсцис – роки дослідження.

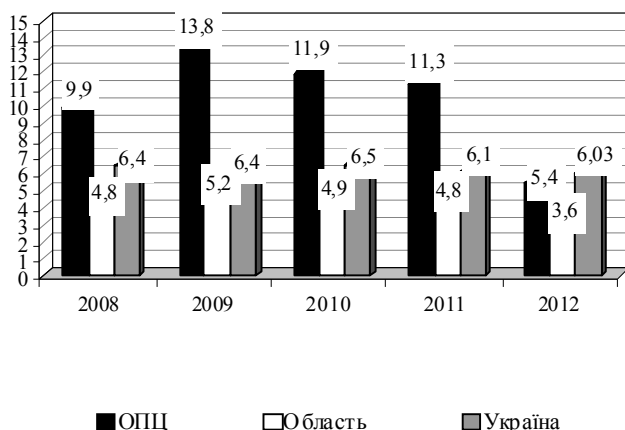


Рис. 2. Показники кількості мертвороджених серед новонароджених Івано-Франківської області та обласного перинатального центру. По осі ординат вказано кількість мертвороджених в %, по осі абсцис – роки дослідження.

новонароджених, визначено статус і місце виїзної неонатологічної бригади.

1. Реанімація та інтенсивна терапія новонароджених у пологовому залі, первинна реанімація новонароджених.

2. Відділення інтенсивної терапії новонароджених в акушерському стаціонарі, перинатальному центрі.

3. Регіональні відділення інтенсивної терапії новонароджених з виїзною консультативною неонатологічною бригадою у багатопрофільних лікарнях.

Оцінка діяльності акушерсько-неонатальної служби передбачає або здійснюється через визначення таких показників: неонатальна смертність, рання неонатальна і пізня неонатальна, перинатальна смертність (мертво народжені та померлі протягом перших 168 годин життя). Важливим компонентом перинатальних втрат є рання неонатальна смертність. Цей показник визначається, з одного боку, усіма факторами, що впливають на ante- й інтранатальні втрати, а з іншого – відображає рівень надання медичної, зокрема реанімаційної та інтенсивної допомоги новонародженим [13].

Встановлено зниження показників перинатальної, ранньої неонатальної та неонатальної смертності серед новонароджених ОПЦ за період від 1999 до 2012 року (табл. 1). Зокрема рівень перинатальної смертності знизився у 5,92 разів (від 33,81 до 5,73 % у 1999 і 2012 роках, відповідно (у 1,6 разів). За останні 5 років даний показник в Івано-Франківській області є нижчим, порівняно з таким по Україні

Показник ранньої неонатальної смертності по області знизився у 2,95 разів (від 5,9 у 2000 р. до 2,0 % у 2012 р.), що у 1,75 менше, ніж по Україні (3,5 %). Позитивну динаміку відзначено і в ОПЦ – рання неонатальна смертність у 2012 році у 4 рази була нижчою, ніж у 1999 році. Зменшилася неонатальна смертність у 2012 р. по ОПЦ у 3,39 разів, порівняно з її максимальним значенням у 2000 році (від 7,9 до 23,2 %). Помітне зниження даних показників серед новонароджених ОПЦ пояснюється впровадженням передових перинатальних технологій виходжування немовлят, що народились у жінок з групи високого перинатального ризику.

Таким чином, порівнянням показників ранньої неонатальної та неонатальної смертності за досліджуваний період по Івано-Франківській області, ОПЦ та Україні встановлено тенденцію до їх зниження.

Серед причин неонатальної смертності по Україні перше місце належить ВВР, проте протягом останніх років синдром дихальних розладів також займає провідне місце в структурі причин неонатальної смертності, на третьому місці – внутрішньоутробна гіпоксія плода, на четвертому – вроджені пневмонії, на п'ятому – внутрішньоутробні інфекції, і на

Таблиця 1. Показники перинатальної та неонатальної смертності серед новонароджених Івано-Франківської області (А) та обласного перинатального центру (Б)

Роки дослідження	Показники смертності, (‰)					
	Перинатальна		Рання неонатальна		Неонатальна	
	А	Б	А	Б	А	Б
1999	10,0	33,9	5,2	23,2	6,8	23,2
2000	11,0	28,3	5,9	17,3	8,7	26,8
2001	9,2	22,9	5,7	15,6	8,2	16,6
2002	8,3	20,04	5,2	13,2	7,0	13,7
2003	8,0	16,5	4,0	7,6	5,7	8,01
2004	7,6	12,6	4,1	6,7	5,7	7,5
2005	8,6	15,4	4,2	8,5	7,6	10,7
2006	8,8	27,0	4,2	13,8	6,7	16,7
2007	8,8	21,0	5,1	11,3	7,8	14,02
2008	9,0	22,3	4,1	12,5	6,3	14,8
2009	9,2	25,5	4,0	12,0	5,3	14,3
2010	9,5	25,5	4,6	13,7	7,4	14,7
2011	8,1	22,9	3,4	11,8	5,8	13,6
2012	5,7	14,2	3,6	5,4	6,6	7,9

шостому – внутрішньошлуночкові крововиливи [15]. За останні роки в Україні відбулися зміни в структурі неонатальної смертності: перше місце займали окремі стани, які виникають у перинатальному періоді; на другому – ВВР, деформації та хромосомні аномалії; третє рангове місце посіли зовнішні причини смертності. ВВР були основною причиною смерті серед доношених дітей. Аналізом структури ранньої неонатальної смертності по ОПЦ, відзначено перевагу глибокої морфофункціональної незрілості – 55 %, на II місці ВВР – 20 %, на III – синдром дихальних розладів – 7,4 %, на IV – внутрішньошлуночковий крововилив – 5 %.

Серед померлих новонароджених ОПЦ у 2012 р., які народилися з вагою менше 1000 г і в терміні гестації менше 28 тижнів, переважала глибока морфофункціональна незрілість – 48,1 % (рис. 3). Летальність у цій групі залишається високою. Всього в 2012 році народилась 21 дитина з вагою до 1000 г, із них вижили 5 дітей. Дітей з екстремально низькою вагою до 750 г у 2012 році народилось 14 – 47 % від дітей до 1000 г. На II місці в структурі неонатальної смертності – внутрішньошлуночковий крововилив (18,5 %), на третьому – ВВР, що становило 14,8 % померлих дітей. Проведений аналіз захворюваності і смертності новонароджених засвідчив, що переважна більшість дітей, які отримували медичну допомогу в неонатологічних відділеннях, мали постнатальний перебіг захворювання плода на фоні порушення репродуктивного здоров'я матерів, екстрагенітальної, акушерської патології, яка досить часто поєднувалася або була зумовлена інфекціями, що передаються статевим шляхом, вірусами (вірус краснухи, цитомегаловірус, герпетичні віруси). У недоношених дітей переважала поєднана патологія, яка розвивалася на фоні внутрішньоутробної гіпоксії, асфіксії новонародженого, внутрішньоутробної інфекції, морфофункціональної незрілості, порушень гомеостазу та гемодинаміки плода і новонародженого. Отже, завдання неонатальної допомоги полягає у впровадженні сучасних методів виходжування та інтенсивної терапії передчасно народжених дітей з дуже низькою та екстремально низькою масою тіла, забезпечення їх реабілітації; подолання поліпрагмазії шляхом впровадження клінічних протоколів лікування та виходжування, профілактика нозокоміальних інфекцій.

За даними ВООЗ, зниження дитячої смертності і захворюваності, зумовлене інфекційними хворобами, привело до зміни спектру захворювань в різних країнах. У результаті деякі захворювання, зокрема вроджені і спадкові, вийшли на перший план як основні причини смертності і захворюваності. Так, щорічно в світі народжуються 2 – 3 % дітей з множинними вадами розвитку, які практично несумісні з життям. Частота малюків із різними вродженими хворобами

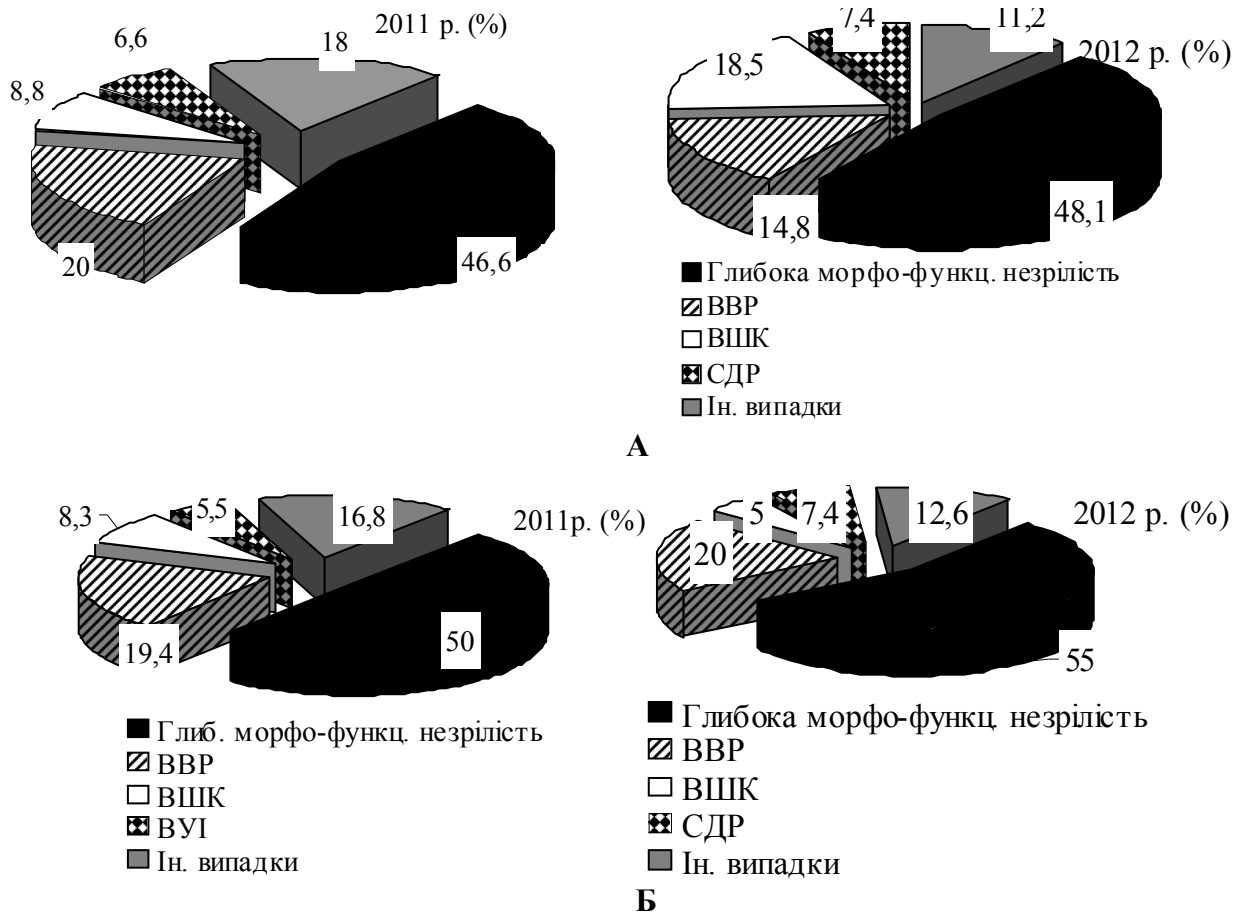


Рис. 3. Структура неонатальної (А) та ранньої неонатальної (Б) смертності серед новонароджених обласного перинатального центру

оцінюється як 25-60 на 1000 новонароджених [3,4]. Фактично спадкова і вроджена патологія нині стала однією з основних причин дитячої смертності та захворюваності в різних країнах світу та в Україні зокрема.

ВВР є причиною перинатальної смерті дітей у 19 % випадків. Серед дитячих аутопсій питома вага ВВР складає 24-28 %, Близько 60 % всіх ВВР виявляється впродовж першого року життя. В структурі ВВР у дітей у віці до 1 року множинні ВВР складають 16 %. Доля їх серед всіх ВВР у померлих у цьому віці дітей сягає 46 %. Згідно з даними різних авторів в структурі ВВР серед дітей, померлих в неонатальному періоді, конкурують вади розвитку серцево-судинної системи та множинні вади розвитку, що відповідає даним міжнародного реєстру [9]. Серед померлих новонароджених Івано-Франківської області встановлено перевагу вроджених вад серцево-судинної системи, на другому місці – множинні вади розвитку, значно рідше причиною неонатальних втрат є вади розвитку шлунково-кишкового тракту та аномалії ЦНС (рис. 4).

Важливе значення в профілактиці СХ має рання пост-натальна ідентифікація патології з використанням усього комплексу методів діагностики, що забезпечує підвищення ефективності медико-генетичного консультування, попередження розвитку інвалідності та покращення соціальної адаптації хворих зі спадковими хворобами. Зміст заходів на кожному з рівнів профілактики в свою чергу визначається санітарно-гігієнічним станом, рівнем здоров'я, генетичними знаннями медичних працівників і населення. На особливу увагу заслуговує питання профілактики народження та ведення дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР). Впровадження комплексних підходів до обстеження і лікування таких дітей дозволяє зменшити високий ризик перинатальної захворюваності і смертності, вірогідність

формування хронічної патології та інвалідизації у подальшому.

Таким чином, отримані нами дані дають змогу комплексно оцінити демографічну ситуацію, а також провести об'єктивний аналіз стану генотипу, що дозволяє розробляти та вчасно спрямувати попереджувальні заходи. При успішному проведенні первинної профілактики знизиться рівень неонатальної смертності, зменшиться частота природженої та спадкової патології, що покращить ефективність вторинної профілактики (пренатальний скринінг за допомогою УЗД).

Висновки

1. Встановлено позитивну тенденцію до незначного зростання кількості новонароджених по обласному перина-



Рис. 4. Структура вроджених вад розвитку серед померлих новонароджених Івано-Франківської області

тальному центрі та по Івано-Франківській області в цілому за період 2002 – 2012 роки, порівняно з попередніми роками.

2. Виявлено зниження показників перинатальної, ранньої неонатальної та неонатальної смертності серед новонароджених за період від 1999 до 2012 р. Рівень перинатальної смертності по Івано-Франківській області знизився у 5,9 разів (від 33,8 до 5,7% у 1999 і 2012 роках, відповідно). Показник ранньої неонатальної смертності по області знизився у 2,95 разів (від 5,9 у 2000 р. до 2,0% у 2012 р.).

3. У структурі ВВР серед померлих новонароджених переважали ВВР серцево-судинної системи, на другому місці – множинні вади розвитку. Вади розвитку шлунково-кишкового тракту та аномалії ЦНС зустрічалися рідше, що пов'язано з покращенням пренатальної діагностики даної патології та профілактичних заходів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розвитку генетичного напрямку профілактики спадкової та природженої патології: продовженні динамічного спостереження за демографічною ситуацією в області, посиленні просвітницької роботи, медико-генетичному консультуванні, створенні бази для молекулярно-генетичних досліджень.

Література

- Арбузова С. Б. Комплексна програма пренатальної діагностики вроджених вад розвитку і хромосомних синдромів / С. Б. Арбузова: тези доп. III з'їзду медичних генетиків України (Львів, 2-4 жовтня 2002 р.). – Львів, 2002. – С. 18.
- Баріляк І. Р. Проблеми профілактики спадкової патології та вроджених вад розвитку / І. Р. Баріляк // Журн. АМН України. – 2003. – № 4. – С. 656–667.
- Бульженков В. Програма ВОЗ по генетике человека / В. Бульженков // Медицинская генетика. – 2003. – Т. 2, № 9. – С. 402–409.
- Гаврилюк Ю. Й. Дослідження динаміки природжених вад розвитку серед новонароджених як складова частина генетичного моніторингу (Огляд літератури та власні дані) / Ю. Й. Гаврилюк, Н. І. Кіщера, З. М. Федоришин [та ін.] // Перинатологія та педіатрія. – 2002. – № 32. – С. 60–63.
- Гойда Н. Г. Сучасні аспекти організації перинатальної допомоги в Україні / Н. Г. Гойда: матер. наук.-практ. конф. „Актуальні проблеми організації медичної допомоги новонародженим” (Київ, 2003 р.). – Київ. – 2003. – С. 4–5.
- Гордієнко І. Ю. Актуальні питання проблеми організації пренатальної діагностики вродженої та спадкової патології в Україні / І. Ю. Гордієнко // Перинатологія і педіатрія. – 2009. – № 2. – С. 6–11.
- Горовенко Н. Г. Асоціація поліморфних варіантів генів АСЕ та АТ2R1 з розвитком перинатальної патології у новонароджених / Н. Г. Горовенко, С. П. Кир'яченко, З. І. Росоха // Медичні перспективи. – 2010. – № 1. – С. 6–9.
- Гречаніна О. Я. Природжені вади розвитку та роль профілактики в їх попередженні / О. Я. Гречаніна // Нова медицина. – 2002. – № 4. – С. 50–53.
- Іванов В. П. Врожденные пороки развития у новорожденных детей Курской области / В. П. Иванов, М. И. Чурносков, А. И. Кириленко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1997. – № 4. – С. 18–23.
- Ковальчук Л. С. Використання трансгенних рослин для біоіндикації мутагенних факторів довкілля / Л. С. Ковальчук, Р. В. Козовий, Н. О. Орел: матер. міжнарод. конф. „Сучасні проблеми біології, екології та хімії”. – Запоріжжя. – 2007. – С. 398–400.
- Моїсеєнко Р. О. Аналіз захворюваності дітей першого року життя в Україні / Р. О. Моїсеєнко // Перинатологія і педіатрія. – 2010. – № 1(41). – С. 6–9.
- Сердюк А. М. Генофонд і здоров'я: відтворення населення України / Під ред. А. М. Сердюка, О. І. Тимченко. – К.: Медінформ, 2006. – 272 с.
- Суліма О. І. Організація медичної допомоги новонародженим в Україні: досягнення, проблеми, перспективи / О. І. Суліма:

матер. наук.-практ. конф. “Актуальні проблеми організації медичної допомоги новонародженим” (Київ, 2003 р.). – Київ. – 2003 – С. 5–7.

14. Профілактична медицина: система заходів щодо попередження вродженої і стадокової патології серед новонароджених / О. І. Тимченко, Н. Г. Гойда, В. В. Єлагін, Т. М. Поканевич // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 43–47.

15. Шунько Є. С. Підсумки діяльності та концепція розвитку неонатології в Україні / Є. С. Шунько: матер. наук.-практ. школи-семінару “Сучасні принципи інтенсивної терапії та виходжування новонароджених” (Судак 2005). – 2005. – С. 2–9.

Кочерга З.Р., Ковальчук Л.Е.

Медицинские и генетические аспекты демографической ситуации среди новорожденных Ивано-Франковской области
Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Резюме. С целью мониторингования основных демографических показателей с последующей разработкой рекомендаций по профилактике врожденных пороков развития и наследственных хвороб проанализированы 3984 истории родов и истории развития новорожденных, 189 протоколов патологоанатомических вскрытий, 688 медицинских карт стационарного больного областного перинатального центра, городского роддома, областной детской клинической больницы. Установлено положительную тенденцию к росту числа новорожденных по областном перинатальном центре и по Ивано - Франковской области в целом за период 2002 - 2012 годы по сравнению с предыдущими годами. Выявлено снижение показателей перинатальной, ранней неонатальной и неонатальной смертности среди новорожденных с 1999 до 2012 года. Уровень перинатальной смертности по Ивано-Франковской области снизился в 5,9 раза (с 33,8 до 5,7% в 1999 и 2012 годах, соответственно) Показатель ранней неонатальной смертности по области снизился в 2,95 раза (с 5,9 в 2000 г. до 2,0% в 2012 г.). В структуре врожденных пороков развития среди умерших новорожденных преобладали аномалии сердечно-сосудистой системы, на втором месте - множественные пороки развития, пороки развития желудочно - кишечного тракта и центральной нервной системы встречались реже, что связано с улучшением пренатальной диагностики данной патологии и профилактики.

Ключевые слова: демографические показатели, перинатальная и неонатальная смертность, врожденные пороки развития.

Z.R. Kocherha, L.Ye. Kovalchuk

Medical and Genetic Aspects of Demographic Situation among the Newborns in Ivano-Frankivsk Oblast

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Summary. There have been analyzed 3 984 labour and delivery records together with hospital neonatal records, 189 protocols of pathoanatomical examination, 688 in-patient medical charts from the Oblast Perinatal Centre, City Maternity Hospital and Oblast Children's Clinical Hospital with the aim to monitor the main demographic indices and work out the guidelines for preventing congenital defects and hereditary diseases. Positive tendency on the increase of number of newborns has been observed in the Oblast Perinatal Centre and in Ivano-Frankivsk oblast in general over the period of 2002-2012 as compared to the previous years. The indices of perinatal, early neonatal and neonatal mortality among newborns over the period of 1999-2012 have decreased. The level of perinatal mortality in Ivano-Frankivsk region decreased by 5.9 times (from 33.8% to 5.7% in 1999 and 2012 respectively). The index of early neonatal mortality in the region became 2.95 times lower (from 5.9% in 2000 to 2.0% in 2012). The defects of cardio-vascular system prevailed in the structure of congenital defects causing death among newborns. They were followed by the multiple birth defects. Anomalies of the gastro-intestinal tract and central nervous system occurred less frequently due to improved prenatal diagnosis and prevention of these pathological conditions.

Keywords: demographic indices, perinatal and neonatal mortality, congenital defects.

Надійшла 25.11.2013 року.