

Проблеми регіоналізації перинатальної допомоги як складова демографічної кризи в Україні

Н. Я. Жилка¹, О. М. Ковальова², О. С. Щербінська¹, С. В. Дудник², І. П. Нецкар¹

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Національна служба здоров'я України, м. Київ

Мета дослідження: аналіз стану реалізації регіоналізації перинатальної допомоги (ПД) в Україні, виявлення проблемних аспектів та окреслення напрямів її подальшого розвитку з урахуванням міжнародного досвіду і сучасних викликів.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали статистичні показники ПД в Україні та електронні медичні записи електронної системи охорони здоров'я щодо надання ПД в пологових стаціонарах України у 2024 р. Застосовано бібліосемантичний, аналітичний, епідеміологічний, статистичний та концептуальний методи дослідження.

Результати. У ході дослідження висвітлено мету, завдання, структуру та основні принципи ПД в Україні, а також нормативно-правове забезпечення її діяльності. Продемонстровано основні проблеми ПД в Україні за її статистичними показниками в динаміці 2018–2024 рр. та їхній вплив на сучасну демографічну ситуацію в Україні.

Висвітлено результати наукового дослідження щодо транспортування новонароджених у зв'язку з відсутністю умов оптимальної ПД в тих закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), де вони народились, а саме визначено зв'язок між транспортуванням новонароджених та несприятливими наслідками стану здоров'я новонароджених, а також впливу транспортування дитини на ризик розвитку інвалідизуючої патології.

Висновки. Прямими причинами репродуктивних втрат, які безпосередньо впливають на реалізацію репродуктивного потенціалу, є: фізіологічні причини (безпліддя, генетичні аномалії, гормональні порушення); медичні ускладнення (викидні та мертвонародження, невиношування вагітності, ускладнення вагітності як причина материнської та малюкової смертності); екологічні й соціальні (вплив шкідливих речовин, недоїдання); травматичні (втрата репродуктивної здатності) та інфекційні (ураження репродуктивних органів).

Непрямими причинами репродуктивних втрат, які безпосередньо не впливають, але знижують рівень народжуваності або ускладнюють реалізацію репродуктивного потенціалу, є: соціально-економічні, культурні, психологічні, освітні та професійні; демографія (дефіцит партнерів, міграція), політичні й правові причини (слабка державна підтримка сімей, війни та конфлікти).

На основі отриманих результатів дослідження встановлено проблеми ПД в Україні: захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом, ускладнені пологи, високий рівень оперативних методів родорозрішення, негативні тенденції материнської, неонатальної та перинатальної смертності, вплив транспортування на ризик інвалідизації новонароджених – переважно виникають через недотримання унормованих принципів регіоналізації ПД.

Тому на сьогодні існує необхідність оптимізації системи регіоналізації ПД та створення умов для народження дітей із високим ризиком у ЗОЗ, що спроможні надавати третинну медичну допомогу, з метою мінімізації ускладнень, які можуть призвести до інвалідності або смерті, що позитивно впливатиме на розв'язання демографічних проблем в Україні.

Ключові слова: регіоналізація перинатальної допомоги, перинатальні ускладнення, стан плода, ускладнення пологів, демографічна криза, перинатальні втрати, репродуктивне здоров'я, невиношування.

Problems of regionalization of perinatal care as a component of the demographic crisis in Ukraine

N. Y. Zhyalka, O. M. Kovalova, O. S. Shcherbinska, S. V. Dudnyk, I. P. Netskar

The objective: to analyze the state of implementation of regionalization of perinatal care (PC) in Ukraine, identification of problematic aspects and outlining directions for its further development taking into account international experience and modern challenges.

Materials and methods. The materials of the study were statistical indicators of PC in Ukraine and electronic medical records of the electronic health care system regarding PC in maternity hospitals in Ukraine in 2024. Biblisesemantic, analytical, epidemiological, statistical and conceptual research methods were applied.

Results. The study highlighted the purpose, objectives, structure and basic principles of PC in Ukraine and the regulatory and legal support for its activities. The main problems of PC in Ukraine according to its statistical indicators in the dynamics of 2018–2024 and their impact on the current demographic situation in Ukraine are presented.

The results of a scientific study are highlighted, to what extent the transportation of newborns is due to the lack of optimal PC conditions in those health care facilities (HCF) where they were born. Namely, determining the relationship between the transportation of newborns and adverse outcomes of newborns' health and the impact of transporting a child on the chances of having a disabling pathology.

Conclusions. Direct causes of reproductive losses that straitly affect the realization of reproductive potential are: physiological causes (infertility, genetic abnormalities, hormonal disorders); medical complications (miscarriages and stillbirths, pregnancy loss, pregnancy complications as a cause of maternal and infant mortality); environmental and social (exposure to harmful substances, malnutrition); traumatic (loss of reproductive ability) and infectious (disorders of reproductive organs) reasons.

Indirect causes of reproductive losses that do not directly affect, but reduce the birth rate or complicate the realization of reproductive potential, are: social and economic, cultural, psychological, educational and professional factors; demography (lack of partners, migration), political and legal reasons (weak state support for families, wars and conflicts).

Based on the results of the study, the following problems of PC in Ukraine were identified: the incidence of sexually transmitted infections, complicated childbirth, a high level of operative methods of delivery, negative trends in maternal, neonatal and perinatal mortality, the impact of transportation on the risk of disability of newborns – mostly arise due to non-compliance with the standardized principles of regionalization of perinatal care.

Therefore, today there is a need to optimize the regionalization system of PC and create conditions for the birth of high-risk children in HCF that are able to provide tertiary medical care, in order to minimize complications that can lead to disability or death, which will positively affect the solution of demographic problems in Ukraine.

Keywords: regionalization of perinatal care, perinatal complications, fetal condition, childbirth complications, demographic crisis, perinatal losses, reproductive health, pregnancy loss.

Охорона материнства і дитинства є пріоритетним напрямом системи охорони здоров'я в Україні. Одним з ефективних підходів до зниження материнської та перинатальної смертності є регіоналізація перинатальної допомоги (ПД) – стратегія, яка передбачає створення тривірневої системи медичної допомоги відповідно до рівня складності випадків та оснащення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Така система дозволяє забезпечити оптимальні умови для ведення вагітності, пологів і надання медичної допомоги новонародженим, особливо тим, хто потребує високоспеціалізованого догляду.

В Україні процес регіоналізації був офіційно започаткований з ухваленням державної політики щодо оптимізації мережі перинатальних центрів. Попри позитивні зрушення, система потребує подальшого вдосконалення, зокрема в аспектах доступності, транспортування пацієнтів, координації між рівнями допомоги та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Мета дослідження: аналіз стану реалізації регіоналізації ПД в Україні, виявлення проблемних аспектів і окреслення напрямів її подальшого розвитку з урахуванням міжнародного досвіду та сучасних викликів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали статистичні показники ПД в Україні й електронні медичні записи електронної системи охорони здоров'я щодо надання ПД в пологових стаціонарах України у 2024 р. Застосовано бібліосемантичний, аналітичний, епідеміологічний, статистичний та концептуальний методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За твердженням численних науковців, ПД розглядається як система медичних послуг, яка спрямована на забезпечення сприятливих умов для виношування, пологів і народження здорової дитини, а також збереження здоров'я матері [1–4]. Перинатальна допомога – це комплекс медичних, психологічних і соціальних заходів, спрямованих на збереження здоров'я матері й дитини в перинатальний період – від 22 повних тижнів вагітності до народження та період новонародженості (перші 7 повних діб життя дитини) [5]. Тому ПД включає: спостереження вагітних; підготовку до пологів; безпечне ведення пологів; надання допомоги новонародженим, зокрема тим, що мають ускладнення або є недоношеними; ранню післяпологову підтримку матері.

Головною метою ПД є зниження материнської та перинатальної смертності, а також покращення здоров'я новонароджених шляхом забезпечення якіс-

ної, доступної та своєчасної медичної допомоги. Основні цілі ПД полягають у:

- збереженні життя та здоров'я матері й дитини в критичний період до, під час і після пологів;
- забезпеченні рівного доступу до якісної допомоги незалежно від місця проживання;
- своєчасній діагностиці та лікуванні ускладнень вагітності й неонатального періоду;
- профілактиці ускладнень вагітності, передчасних пологів й інвалідизації дітей;
- зниженні рівня перинатальної та неонатальної смертності відповідно до міжнародних стандартів;
- розвитку системи регіоналізації для оптимального розподілу ресурсів і спеціалізованої допомоги [1, 5].

Наукове сьогодення визначає, що ефективність перинатальних послуг залежить від дотримання принципів регіоналізації ПД, а саме організаційного підходу до надання медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим, який передбачає тривірневу систему ЗОЗ, узгоджену за функціоналом, ресурсами, обладнанням і персоналом. Регіоналізація означає, що кожна вагітна або новонароджений отримують медичну допомогу відповідно до ступеня ризику – у закладі того рівня, який найкраще підготовлений для конкретного клінічного випадку.

Структура регіоналізації ПД має тривірневу модель надання медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим:

- I рівень (базовий) – акушерські стаціонари районного (або міського) рівня, які забезпечують допомогу жінкам із фізіологічним перебігом вагітності та пологів, мають мінімальне матеріальне забезпечення і не передбачають високоспеціалізованої неонатальної допомоги;
- II рівень – перинатальні центри обласного або міжрайонного значення, де надається допомога жінкам з ускладненнями вагітності та пологів середньої тяжкості, з базовими можливостями інтенсивної терапії новонароджених;
- III рівень (високоспеціалізований) – обласні або національні перинатальні центри, оснащені високотехнологічним обладнанням, з мультидисциплінарною командою для ведення високоризикових вагітностей, передчасних пологів, тяжких патологій новонароджених [5].

Наведена структура регіоналізації ПД відображає перерозподіл функцій між ЗОЗ різних рівнів, що дозволяє концентрувати ресурси для надання допомоги тим, хто її найбільше потребує. Важливим елементом є система маршрутизації пацієнтів і перинатальний транспорт, які забезпечують своєчасне доставлення породіллі або новонародженого у відповідний заклад.

Результати ПД тісно пов'язані з демографічною ситуацією, оскільки якісна ПД сприяє виявленню ускладнень вагітності, ефективному веденню пологів та догляду за новонародженими, знижуючи ризик мертвонароджень і смертей у перші дні життя, що безпосередньо впливає на показники природного приросту населення; своєчасне виявлення й лікування патологій вагітності та пологів допомагає уникнути ускладнень, які можуть призвести до безпліддя або втрати репродуктивної функції, тим самим підвищуючи потенціал для подальших вагітностей, що позитивно впливає на рівень народжуваності; доступ до безпечної, якісної й чутливої до потреб допомоги підвищує мотивацію до планування вагітностей та усвідомленого батьківства, що сприяє підвищенню фертильності в довгостроковій перспективі; раннє виявлення порушень у дітей, їх лікування або реабілітація зменшують кількість випадків дитячої інвалідності. Це сприяє якісному демографічному зростанню – тобто не лише кількості, а й здоров'я майбутнього покоління.

Отже, ПД є ключовим інструментом реалізації державної політики у сфері збереження населення. Вона є частиною стратегій із подолання демографічної кризи, особливо в країнах із низькою народжуваністю, як в Україні. Про критичний стан демографії в Україні свідчать наступні показники: чисельність населення, яка характеризується стрімким скороченням його кількості, зумовленим як природним спадом, так і масштабною міграцією, особливо в умовах війни; статеві-вікова структура поступово деформується в бік зменшення частки молоді, натомість зростає кількість осіб похилого віку, також спостерігається дисбаланс між чоловіками й жінками, що впливає на репродуктивний потенціал; критично низький рівень народжуваності: за останніми даними, за період 2023–2024 рр. в Україні народилося найменше дітей за останні 300 років. Реальний коефіцієнт народжуваності становить лише 0,8–0,9, тоді як для природного відтворення населення потрібно не менше 2,1–2,2 дитини на одну жінку. Усе це свідчить про глибоку демографічну кризу, яка має комплексний характер і вимагає системного реагування. Зокрема, через підтримку молодих родин, інвестиції в репродуктивне здоров'я та створення сприятливих умов для народження та виховання дітей. Означене підкреслює масштаб демографічних змін і необхідність термінових рішень на державному рівні, зокрема в сфері охорони репродуктивного здоров'я, соціальної політики та підтримки народжуваності [6, 7].

Репродуктивні втрати як проблеми ПД та причини негативного впливу на демографічну ситуацію поділя-

ються на: прямі втрати, які безпосередньо впливають на реалізацію репродуктивного потенціалу: фізіологічні причини (безпліддя, генетичні аномалії, гормональні порушення) [8]; медичні ускладнення (викидні й мертвонародження, невиношування вагітності, ускладнення вагітності як причина материнської та малюкової смертності) [9–13]; екологічні та соціальні (вплив шкідливих речовин, недоїдання) [14, 15]; травматичні (втрата репродуктивної здатності) та інфекційні (ураження репродуктивних органів) [15].

Непрямими причинами репродуктивних втрат, що безпосередньо не впливають, але знижують рівень народжуваності або ускладнюють реалізацію репродуктивного потенціалу, є: соціально-економічні [16–18]; культурні, психологічні, освітні й професійні [19, 20]; демографія (дефіцит партнерів, міграція), політичні та правові причини (слабка державна підтримка сімей, війни й конфлікти) [21, 22].

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), є однією з вагомих проблем ПД як окремо, так і як причина безпліддя, оскільки 15–25% жінок із запальними захворюваннями органів малого таза і кожна шоста людина у світі (глобальний показник – 17,5%) страждають від безпліддя [23, 24].

В Україні за період із 2018 по 2024 рр. спостерігається тенденція до зниження захворюваності на більшість захворювань, що передаються статевим шляхом, з незначними коливаннями в окремі роки. Однак захворюваність на сифіліс свідчить про нестабільність показника (зниження з 5,0 на 100 тис. населення у 2018 р. до 2,6 у 2022 р.; у 2023 р. фіксується зростання до 3,8; у 2024 р. показник знижується до 3,3); захворюваність на гонококову інфекцію має аналогічну динаміку – зниження з 6,3 на 100 тис. населення у 2018 р. до 1,3 у 2022 р., з подальшим незначним підвищенням до 1,7 у 2023 р. та зниженням до 1,4 у 2024 р., що вказує на більш ефективну діагностику та профілактику останніми роками, хоча збереження показника понад 1,0 свідчить про постійну циркуляцію інфекції в популяції; захворюваність на хламідіоз знизилася в 5,6 раза (з 48,0 на 100 тис. населення у 2018 р. до 8,6 у 2024 р.); захворюваність на трихомоніаз знизилася зі 145,0 на 100 тис. населення у 2018 р. до 26,7 у 2024 р., хоча абсолютні цифри ще залишаються порівняно високими; рівень захворюваності на уrogenітальний мікоплазмоз також зазнав істотного скорочення (з 81,4 на 100 тис. населення у 2018 р. до 9,0 у 2024 р.), найінтенсивніше зниження відбулося в період 2018–2022 рр., після чого рівень стабілізувався на низьких значеннях (табл. 1).

Таблиця 1

Захворюваність жіночого населення на ІПСШ у період 2018–2024 рр. (на 100 тис. населення)

Вид патології	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Сифіліс	5	4,7	2,9	2,7	2,6	3,8	3,3
Гонококова інфекція	6,3	5,3	2,5	1,9	1,3	1,7	1,4
Хламідіоз	48	40,5	20,9	16,8	9,9	11,6	8,6
Трихомоніаз	145	123,7	71,4	57,4	37,2	37,9	26,7
Уrogenітальний мікоплазмоз	81,4	72	39,3	29,4	16	16,6	9,0

Ускладнення пологів у період 2018–2024 рр.

Пологи	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Кількість пологів	316 297	291 929	281 675	258 813	195 449	178 468	173 512
Ускладнені пологи (%)	34,5	36,2	37,0	38,0	38,4	39,6	*
Кесарів розтин (%)	22,3	23,6	25,1	26,7	*	28,5	28,7
Розрив промежини III–IV ступеня (на 1000 пологів)	0,08	0,15	0,12	0,16	0,11	0,27	0,27 (47 вип.)
Розрив матки (на 1000 пологів)	0,05	0,08	0,05	0,06	0,21	0,05	0,08 (14 вип.)
Екстирпація матки внаслідок кровотечі (на 100 пологів із кровотечею) (За 7 років – 1288 жінок)	10,1 (240 вип.)	9,8 (215 вип.)	9,6 (210 вип.)	10,3 (237 вип.)	8,8 (149 вип.)	6,8 (113 вип.)	7,9 (124 вип.)
Екстирпація матки внаслідок перитоніту після КР (на 100 випадків КР) (За 7 років – 25 жінок)	100 (3 вип.)	100 (8 вип.)	50 (2 вип.)	100 (4 вип.)	66,7 (2 вип.)	50,0 (4 вип.)	75,0 (3 вип.)
Накладання акушерських щипців (на 1000 пологів)	1,2	0,91	0,95	1,05	*	0,6	0,5
Вакуум-екстракція (на 1000 пологів)	11,2	12,4	13,9	14,3	*	18,0	18,3

Примітка: * – дані відсутні.

Якщо статистична динаміка захворюваності на ПСШ є позитивною, то абсолютна кількість хворих жінок є значною, що, безперечно, є загрозою для репродуктивних втрат серед жінок і перинатальних втрат серед плодів та новонароджених.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), показники безпліддя в країнах із різним рівнем доходу майже не відрізняються: у державах із високим рівнем доходу цей показник становить 17,8%, а в країнах із середнім і низьким рівнем – 16,5%. Причини генетичного характеру чинять серйозний вплив на проблеми репродуктивної реалізації: серед чоловіків у 10–15% випадків репродуктивні проблеми пов'язані з генетичними патологіями, зокрема мікроделеціями AZF, синдромом Клайнфельтера, генетично обумовленими порушеннями сперматогенезу, ідіопатичним безпліддям [25–27]. У 5% жінок труднощі із зачаттям обумовлені хромосомними абераціями (каріотипові відхилення, особливо структурні транслокації) [28–31].

Одним із негативних чинників впливу на кризову демографічну ситуацію є ускладнені пологи, частота яких збільшується упродовж 2018–2024 рр. з 34,5% у 2018 р. до 39,6% у 2023 р., що може свідчити про підвищення ризиків, зниження доступу до якісного пренатального нагляду, недотримання принципів регіоналізації ПД [1], а також вплив воєнного стану на систему охорони здоров'я. За даними офіційної статистичної звітності ЗОЗ України, за період 2018–2024 рр. відбулося 1,7 млн пологів. Упродовж семирічного періоду кількість пологів значно зменшилася: з 316 297 у 2018 р. до 173 512 у 2024 р. (зменшення на понад 45%). Це свідчить про серйозні демографічні зміни, ймовірно пов'язані з війною, внутрішньою міграцією та зниженням рівня народжуваності [32].

У сучасних умовах демографічної кризи гасло ВООЗ: «Кожна мати – кожна дитина» гостро постає перед викликами організації ПД. Саме профілактика ускладнень перебігу вагітності, пологів і післяполого-

вого періоду може забезпечити попередження репродуктивних втрат в країні.

Серед основних показників ускладнених пологів є частота кесаревого розтину, яка демонструє стабільну тенденцію до зростання: з 22,3% (2018) до 28,7% (2024), що перевищує рекомендовані ВООЗ межі (10–15%), а тому не впливає на покращення перинатальних результатів (табл. 2).

Травматизм у пологах має нестабільну тенденцію: спостерігається зростання у 2024 р. розривів промежини III–IV ступеня – 0,27% (47 випадків); зростання показника розриву матки з 0,05% у 2018 р. до 0,21% у 2022 р., з подальшим зниженням до 0,08% у 2024 р. (14 випадків), коливання показника екстирпованої гістеректомії унаслідок акушерської кровотечі від 240 випадків у 2018 р. (10,1 на 100 пологів із кровотечею) до 124 випадків у 2024 р. (7,9) (загалом за 7 останніх років 1288 жінок втратили матку через післяпологову кровотечу) [32], результатом чого є втрата подальшої реалізації репродуктивної функції. Отримані результати свідчать про посилення навантаження на систему акушерської допомоги в умовах воєнного часу. Попри зменшення кількості пологів, зростає частка ускладнень та оперативних втручань, що може бути пов'язано з обмеженням доступу до медичних послуг, нестачею кадрів, порушенням маршрутизації пацієнток.

Наведені дані дозволяють трактувати ускладнення пологів не лише як медичну проблему, а і як загрозу для національної демографічної безпеки. Зниження кількості пологів на тлі зростання частоти тяжких ускладнень підсилює негативні тенденції природного відтворення населення. Материнська смертність є одним із найчутливіших показників ефективності охорони здоров'я та соціальної стабільності. Згідно з даними ВООЗ, більшість випадків материнської смерті є попереджуваними. У сучасних умовах, особливо в період повномасштабної війни, акушерські ускладнення в

Україні набули додаткового значення як детермінанти не лише медичних, а й демографічних ризиків.

Зростання кількості тяжких ускладнень при одночасному скороченні пологів створює подвійну загрозу для демографічної структури: зменшення народжуваності знижує загальну чисельність населення; материнські втрати поглиблюють дефіцит жінок репродуктивного віку й призводять до руйнування соціальних структур (діти-сироти, втрата працездатного населення). Це все свідчить про необхідність вживання системних заходів щодо запобігання ускладненням та відновлення роботи перинатальної служби, зокрема – через регіоналізацію, навчання персоналу, удосконалення клінічних протоколів і ретельний моніторинг їх виконання.

Перинатальна та неонатальна смертність є надзвичайно важливими індикаторами рівня розвитку охорони здоров'я, особливо в умовах кризових ситуацій. У сучасній Україні, яка переживає повномасштабну війну та гуманітарну катастрофу, питання збереження життя новонароджених набуло особливого значення не лише з медичного, а й із демографічного погляду. За офіційною статистикою Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, загальна смертність дітей віком до 1 року становила 1311 випадків, або 7,55 на 1000 народжених живими [32]. У структурі:

- 0–6 діб (ранній неонатальний період): 562 випадки (3,24%);
- 7–27 діб: 278 випадків (1,60%);
- 28 діб – 1 рік: 471 випадок (2,71%).

Ці дані свідчать про те, що понад 64% смертей відбуваються в неонатальний період (перші 28 днів життя), що вказує на якість ПД, реанімації та догляду за новонародженими.

Смертність серед дітей із масою тіла ≥ 500 г (2024 рік) [32]:

- усього: 379 випадків (2,18%);
- серед доношених: 87 випадків (0,53%);
- серед недоношених: 292 випадки (28,52%).

Показник смертності серед недоношених новонароджених (табл. 3) перевищує показник у доношених майже в 54 рази, що вказує на вкрай високі ризики для цієї групи та потребу в урегулюванні процесу регіоналізації ПД. Перинатальні втрати є ключовим компонентом загальної демографічної втрати для країни. В умовах катастрофічного зниження кількості пологів кожен випадок смерті новонародженого – це не лише трагедія для родини, але й відчутний внесок у депопуляцію.

Основний внесок у показники смертності формують недоношені новонароджені, що вимагає переорієнтації ресурсів на неонатологічну допомогу. В умовах війни перинатальні втрати перетворюються на важливий чинник демографічної безпеки держави. Необхідно впровадити комплексні заходи: розширення мережі перинатальних центрів, підвищення кваліфікації пер-

соналу, адаптація маршрутів пацієнтів відповідно до унормованих вимог регіоналізації ПД.

Невиношування вагітності залишається актуальною проблемою акушерської практики, що безпосередньо впливає на показники перинатальної захворюваності й смертності. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах тривалого воєнного конфлікту, що супроводжується зниженням доступу до медичної допомоги, підвищенням рівня тривоги серед вагітних і порушенням системи надання пренатального догляду. За офіційними даними МОЗ України щодо частоти невиношування вагітності, у 2018 р. цей показник становив 5,6%, що залишалося відносно стабільним до 2020 року (5,6–5,8%). У 2023 році зафіксовано різке зниження частоти невиношування – до 3,4%, що може бути результатом міграції вагітних за кордон (де вагітність доношується в кращих умовах), а також потенційного зниження кількості облікових випадків у прифронтових регіонах.

Передчасні пологи як наслідок гестаційної недостатності у 2023 р. становили 3,6%. У 2024 р., за попередніми даними, цей показник підвищився до 5,8%, що сигналізує про ймовірне посилення негативного впливу зовнішніх факторів на вагітність. Передчасні пологи становлять основну частку невиношування і тісно пов'язані з неонатальною смертністю, особливо серед дітей із масою тіла < 2500 г [32]. З метою оцінки рівня регіоналізації ПД в Україні ми провели наукове дослідження, дизайн якого склався з 2 етапів. На I етапі здійснено аналіз питомої ваги передчасних пологів у 303 різних категорій, які відбулися у 2024 р. (табл. 4). За даними електронних медичних записів проаналізовано 173 512 пологів у пацієнток, які народили у 2024 р.

Дотримання принципів регіоналізації ПД вивчалось за затвердженими вимогами наказу МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 19.10.2018 р. № 1881» [1]. На II етапі наукового дослідження здійснено вивчення несприятливих наслідків у новонароджених залежно від транспортування дитини для надання кваліфікованої допомоги в 303 вищого рівня, чого б емпірично не відбулося в разі планової госпіталізації вагітних із загрозою передчасних пологів до 303 відповідного рівня ПД.

Основоположними принципами та підходами до регіоналізації ПД є: доступність, якість, безпечність, плановість, задоволеність пацієнта, участь сім'ї, демедикалізація пологів в умовах створення структури трирівневої ПД відповідно до територіальної потреби з урахуванням географічної доступності, кадрової забезпеченості, матеріально-технічного забезпечення та за затвердженим маршрутом пацієнтів. Система регіоналізації ПД, побудована на принципі диференційованого надання медичних послуг з урахуванням ступеня

Таблиця 3

Смертність новонароджених, які при народженні мали масу тіла ≥ 500 г (2024 р.)

Найменування	Усього		Доношені		Недоношені	
	абс. ч.	показник	абс. ч.	показник	абс. ч.	показник
Україна	379,00	2,18	87,00	0,53	292,00	28,52

Розподіл передчасних пологів у 303 за кількістю пологів у 2024 р., %

Категорії 303 за кількістю пологів	Кількість 303 у кожній категорії	Кількість пологів у відповідній категорії	Кількість передчасних пологів у 303 відповідної категорії	
			абс. ч.	%
Україна	331	173 512	10 019	5,8
До 100	51	2097	174	8,3
100–199	65	9972	454	4,6
200–299	68	16 019	571	3,6
300–399	34	11 603	548	4,7
400–499	15	6796	629	9,3
500–599	21	11 503	414	3,6
600–699	9	5804	219	3,8
700–799	6	4593	247	5,4
800–899	6	5042	156	3,1
900–999	5	4815	167	3,5
1000–1499	18	21 758	1654	7,6
1500–1999	17	29 073	2000	6,9
2000–2499	9	19 797	1081	5,5
2500–2999	3	7763	471	6,1
Понад 3000	4	16 877	1234	7,3

ризик для життя і здоров'я матері та новонародженого, є ефективним інструментом оптимізації перинатальної охорони здоров'я. Така модель сприяє підвищенню ефективності функціонування медичної системи й забезпечує раціональне використання ресурсів за рахунок централізації високовартісних технологій і кадрового потенціалу в 303 відповідного рівня спеціалізації. Реалізація регіоналізованого підходу дозволяє не лише покращити якість і доступність медичної допомоги, але й забезпечити її відповідність клінічному профілю пацієнтів із різними рівнями перинатального ризику.

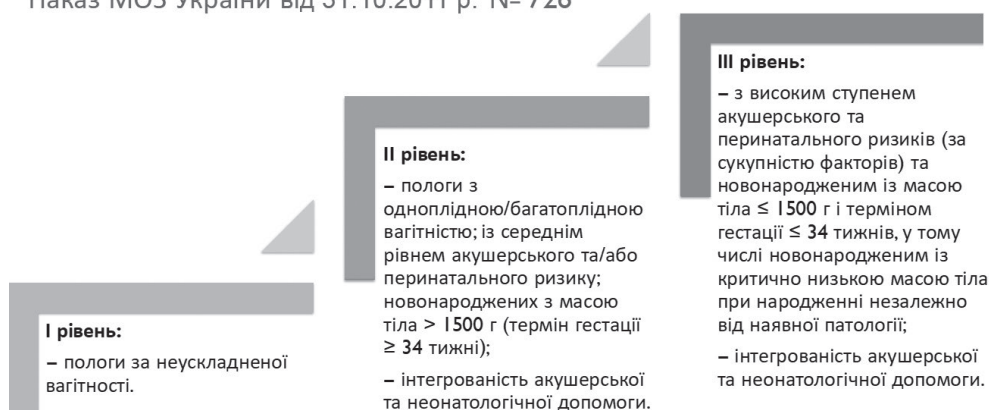
Організаційний компонент, що визначає етапність надання ПД за трьома рівнями ПД з урахуванням регіональних особливостей, унормований постановою КМУ від 27.11.2019 р. № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів» [33], вимогами до 303, що надають ПД, наказів МОЗ України від 19.10.2018 р. № 1881, від 31.10.2011 р. № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 19.10.2018 р. № 1881 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги» [1, 34], від 06.02.2015 р. № 51 «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні» [35] та від 28.11.2013 р. № 1024 «Про затвердження Порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику в Україні» [36]. Зокрема, організаційні вимоги щодо кількості пологів, які забезпечують 303 трьох рівнів ПД, є наступними: 303 I рівня ПД мають 400 і більше пологів на рік, якщо по-

логів менше, акушерські відділення багатопрофільних лікарень I рівня повинні перепрофілювати, а спеціалістів – забезпечити професійною діяльністю (роділлям надається медична допомога в акушерському відділенні цього госпітального округу, який територіально знаходиться на відстані не більше 60 км); 303 II рівня ПД забезпечують 800 і більше пологів на рік, а кластерні перинатальні центри – 1500 і більше пологів на рік; 303 III рівня ПД або надкластерні перинатальні центри забезпечують 7000–10 000 пологів на рік [1, 33–36].

Як видно з табл. 4, 218 (51 303 забезпечує до 100 пологів на рік, 65 – 100–199 пологів, 68 – 200–299 пологів, 34 – 300–399 пологів) із 331 303 не спроможні забезпечити кваліфікованою допомогою в пологах у зв'язку з недостатньою кваліфікацією лікаря та недостатнім оснащенням для забезпечення ускладнених пологів. У порушення унормованих принципів регіоналізації ПД в цих 303 у 2024 р. відбулося 1747 передчасних пологів, а показник передчасних пологів становить від 3,6 до 8,3%. Найвищий показник передчасних пологів серед цих 303 зареєстрований у 303 з кількістю до 100 пологів на рік – 8,3%, оскільки у таких акушерських стаціонарах відсутні умови для організації кваліфікованої допомоги недоношеним новонародженим.

Найвищий показник передчасних пологів (9,3%) зареєстрований у 15 303 з кількістю пологів 400–499 пологів на рік. У чотирьох 303 з кількістю пологів понад 3000 на рік відбулося 16 877 передчасних пологів із показником 7,3%, що, ймовірно, пов'язано з народженням дітей із критично низькою масою тіла (500–999 г). Отже, аналіз продемонстрував, що вимог наказу МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 (рисунок) не дотримується значна кількість 303, що спричиняє високі показники репродуктивних та перинатальних втрат.

Регіоналізація перинатальної допомоги Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726



Регіоналізація ПД

Згідно з чинними нормативними вимогами, передчасні пологи мають відбуватися в ЗОЗ II та III рівнів ПД відповідно до ступеня перинатального ризику. Зокрема, у закладах II рівня мають надаватися послуги при середньому рівні ризику, у випадках народження дітей із масою тіла понад 1500 г та гестаційним віком від 34 тижнів. Натомість у закладах III рівня повинна здійснюватися допомога в разі високого акушерського та перинатального ризику (на основі сукупної оцінки факторів), а також у випадках народження дітей із масою тіла 1500 г і менше та/або гестаційним віком 34 тижні й менше, включно з новонародженими з критично низькою масою тіла при народженні незалежно від наявності супутньої патології.

Означене підтвердилося отриманими результатами II етапу нашого наукового дослідження щодо транспортування новонароджених у зв'язку з відсутністю умов оптимальної ПД в тих ЗОЗ, де вони народились, а саме визначено зв'язок між транспортуванням новонароджених і несприятливими наслідками стану здоров'я новонароджених, а також впливу транспортування дитини на ризик розвитку інвалідизуючої патології.

Пацієнтів розподілено на 2 групи. 1-ша група (n = 61) з критеріями включення (за даними електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ): діти з масою тіла при народженні від 1000 до 1500 г, тривалість штучної вентиляції легень більше ніж 96 годин, транспортування дитини (лікування у двох ЗОЗ). 2-га група (n = 616) з критеріями включення (за даними ЕСОЗ): діти з масою тіла при народженні від

1000 до 1500 г, тривалість штучної вентиляції легень більше ніж 96 годин, лікування в одному ЗОЗ. Статистичний аналіз – логістичний регресійний аналіз для доведення зв'язку наявності факту переведення (транспортування) дитини з несприятливими наслідками в окремих діагностично-споріднених групах. Отримані результати впливу транспортування дитини на ризик розвитку інвалідизуючої патології наведено в табл. 5.

Народження дитини високого ступеня ризику в ЗОЗ, який не має неонатального пакета Національної служби здоров'я України (відсутні умови надання неонатальної допомоги), з подальшим її транспортуванням підвищує ризик дитини мати тяжкі внутрішньошлункові крововиливи (ВШК), гіпоксично-ішемічну енцефалопатію (ГІЕ), бактеріальний сепсис, церебральну лейкомаляцію, хронічну респіраторну хворобу, летальний випадок.

Результати аналізу (табл. 5) свідчать про статистично значущий зв'язок між фактом транспортування новонародженого та підвищеним ризиком виникнення тяжких патологічних станів, значна частина з яких має інвалідизуючі наслідки або безпосередньо загрожує життю.

Найвищі відношення шансів (ВШ) встановлено для розвитку бактеріального сепсису новонародженого (ВШ = 7,44; 95% довірчий інтервал (ДІ) [4,22–13,13]; $p < 0,001$), що свідчить про більш ніж семикратне зростання ймовірності цього ускладнення у транспортованих дітей. Аналогічно, транспортування асоціюється з підвищеним ризиком ВШК III–IV ступеня (ВШ = 5,94;

Таблиця 5

Вплив транспортування дитини на ризик розвитку інвалідизуючої патології

Патологія	ВШ	ДІ 95%	p
Бактеріальний сепсис новонародженого	7,44	[4,22–13,13]	< 0,001
Внутрішньошлункові крововиливи III–IV ст.	5,94	[2,72–12,9]	< 0,001
Важка асфіксія при народженні або P91.63. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія [ГІЕ] у новонародженого 3-ї стадії	4,62	[2,23–9,56]	< 0,001
Церебральна лейкомаляція у новонародженого	4,3	[1,72–10,76]	0,002
Хронічна респіраторна хвороба, що виникає в перинатальний період	2,19	[1,18–4,05]	0,012
Летальні випадки	3,73	[1,59–8,69]	0,002

$p < 0,001$), тяжкої асфіксії при народженні або ГЕ ІІІ стадії (ВШ = 4,62; $p < 0,001$), а також церебральної лейкомаляції (ВШ = 4,3; $p = 0,002$).

Окрім цього, встановлено зв'язок транспортування з підвищеним ризиком розвитку хронічної респіраторної патології (ВШ = 2,19; $p = 0,012$) та летальних випадків (ВШ = 3,73; $p = 0,002$). Усі асоціації є статистично значущими ($p < 0,05$), а ДІ не охоплюють одиницю, що підтверджує достовірність результатів.

Зазначені дані вказують на необхідність оптимізації системи регіоналізації ПД та створення умов для народження дітей із високим ризиком у ЗОЗ, які спроможні надавати третинну медичну допомогу, з метою мінімізації ускладнень, що можуть призвести до інвалідності або смерті.

На сьогодні доведено численними дослідженнями, що регіоналізація ПД та запровадження відповідно до рівня ЗОЗ чинять позитивний вплив на материнські та неонатальні результати. Впровадження програм регіоналізації суттєво знизило материнську смертність (ВШ = 0,43), загальну мертвородженість (ВШ = 0,70), перинатальну смертність (ВШ = 0,54). Впровадження втручань відповідно до рівня закладу суттєво знизили материнську смертність (ВШ = 0,37), неонатальну смертність (ВШ = 0,72), перинатальну смертність (ВШ = 0,53), дитячу смертність (ВШ = 0,50), смертність у віці до 5 років (ВШ = 0,79), мертвородженість (ВШ = 0,71) і передчасні пологи (ВШ = 0,39) [37, 38].

ВИСНОВКИ

Репродуктивні втрати як проблеми ПД та причини негативного впливу на демографічну ситуацію

включають як прямі втрати, що безпосередньо впливають на реалізацію репродуктивного потенціалу: фізіологічні причини (безпліддя, генетичні аномалії, гормональні порушення); медичні ускладнення (викидні й мертвородження, невиношування вагітності, ускладнення вагітності як причина материнської та маюкової смертності); екологічні та соціальні (шкідливі речовини, недоїдання); травматичні (втрата репродуктивної здатності) та інфекційні (ураження репродуктивних органів), так і непрямі причини репродуктивних втрат, які безпосередньо не впливають, але знижують рівень народжуваності або ускладнюють реалізацію репродуктивного потенціалу: соціально-економічні; культурні, психологічні, освітні та професійні; демографія (дефіцит партнерів, міграція), політичні й правові причини (слабка державна підтримка сімей, війни й конфлікти).

За отриманими результатами дослідження встановлено проблеми ПД: захворюваність на ІПСШ, ускладнені пологи, високий рівень оперативних методів родорозрішення, негативні тенденції материнської, неонатальної та перинатальної смертності, вплив транспортування на ризик інвалідизації новонароджених в Україні. Вони переважно виникають через недотримання унормованих принципів регіоналізації ПД.

Тому на сьогодні існує необхідність оптимізації системи регіоналізації ПД та створення умов для народження дітей із високим ризиком у ЗОЗ, які спроможні надавати третинну медичну допомогу, з метою мінімізації ускладнень, що можуть призвести до інвалідності або смерті, що позитивно впливатиме на розв'язання демографічних проблем в Україні.

Відомості про авторів

Жилка Надія Яківна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 790-85-85. *E-mail: zhyhka.nadiya@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-0732-1141

Ковальова Олена Михайлівна – Національна служба здоров'я України, м. Київ; тел.: (050) 578-64-36. *E-mail: kovalova.olena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-4007-1749

Щербінська Олена Станіславівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 507-27-27. *E-mail: 703alena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5401-7110

Дудник Світлана Валеріївна – Національна служба здоров'я України, м. Київ; тел.: (095) 528-82-73. *E-mail: sv.dudnik@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-7012-424X

Нескар Ірина Петрівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (097) 965-19-65. *E-mail: netskar19doctor@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-4162-7179

Information about the authors

Zhyhka Nadiya Y. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 790-85-85. *E-mail: zhyhka.nadiya@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-0732-1141

Kovalova Olena M. – The National Health Service of Ukraine, Kyiv; tel.: (050) 578-64-36. *E-mail: kovalova.olena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-4007-1749

Shcherbinska Olena S. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 507-27-27. *E-mail: 703alena@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5401-7110

Dudnyk Svitlana V. – The National Health Service of Ukraine, Kyiv; tel.: (095) 528-82-73. *E-mail: sv.dudnik@ukr.net*

ORCID: 0000-0002-7012-424X

Netskar Iryna P. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (097) 965-19-65. *E-mail: netskar19doctor@gmail.com*

ORCID: 0000-0003-4162-7179

ПОСИЛАННЯ

1. Ministry of Health of Ukraine. On improving the organization of medical care for mothers and newborns in perinatal centers [Internet]. 2011. Order No 726; 2011 Oct 31. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12#Text>.
2. Cabinet of Ministers of Ukraine. On approval of the health care system development strategy until 2030 and Operational Action Plan for 2025–2027 [Internet]. 2025. Resolution No. 34-p; 2025 Jan 17. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>.
3. Shapovalenko VM, Sycheva YL. Organization of perinatal care in Ukraine: Current state and prospects. *Perinatol Pediatr*. 2019;(2):5-10.
4. World Health Organization. Newborn mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>.
5. Ministry of Health of Ukraine. On Approval of the instruction on determining the criteria for the perinatal period, live birth and stillbirth, and the procedure for registration of live births and stillbirths [Internet]. 2006. Order No. 179; 2006 Mar 29. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06#Text>.
6. Cabinet of Ministers of Ukraine. On approval of the demographic development strategy of Ukraine for the period until 2040 [Internet]. 2024. Resolution No. 922-p. 2024 Sep 30. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>.
7. Kramarev SO, Bezverkhiy OM, Nosenko AM. Problems of neonatal care in Ukraine and ways to solve them. *Child Health*. 2020;(4):12-8. doi: 10.22141/2224-0551.95.4.2020.205241.
8. World Health Organization. Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility [Internet]. Geneva: WHO; 2021. 72 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/59769>.
9. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2023. 108 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>.
10. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
11. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025;13(4):626-34. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00560-6.
12. Levy-Ramey I, Harper LM, DePauli K, Macones GA, Cahill AG, Tuuli MG. Identifying causes and associated factors of stillbirths using autopsy and placental examination: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2024;309(4):1223-31. doi: 10.1007/s00404-024-07522-1.
13. UNICEF. Situational analysis of the status of children in Ukraine [Internet]. UNICEF; 2024. Available from: https://www.unicef.org/ukraine/en/media/49196/file/UNICEF_SitAn_2024_UKR.pdf.pdf
14. Marmazova NV, Lukyanenko NE. Ecology and human health. Kharkiv: KHNMU; 2020. 25 p.
15. UNFPA Ukraine. Sexual and Reproductive Health and Rights Assessment in Ukraine: Desk Review [Internet]. Kyiv: UNFPA; 2025. 119 p. Available from: <https://ukraine.unfpa.org/en/publications/sexual-and-reproductive-health-and-rights-assessment-ukraine-desk-review>.
16. Ivanova M, Smith J, Jones R. Socio-economic disparities in access to medically assisted reproduction across Europe: Analysis of trends 2010–2023. *Eur J Public Health*. 2023;33(1):112-20.
17. Zhylyka N, Shcherbinska O, Netskar I. Situational analysis of the problem of maternal mortality in Ukraine and ways to solve it. *Reprod Health Woman*. 2023;(4):7-12. doi: 10.30841/2708-8731.4.2023.285759.
18. Bondarenko O, Petrenko S, Shevchenko T. Psychological determinants of fertility decline in Ukraine: A 2023 cross-sectional study. *Demographic Review*. 2023;15(2):45-60.
19. OECD. Education at a Glance 2023: Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/education-at-a-glance-2023_e13bef63-en.html.
20. UNFPA. State of World Population 2024 [Internet]. UNFPA; 2024. Available from: <https://www.unfpa.org/publications>.
21. UN Women Ukraine. Women's reproductive health in armed conflict: Ukraine situation report Q3 2024 [Internet]. UN Women; 2024. Available from: <https://www.unwomen.org>.
22. Moroz A, Kovalenko Y, Sydorenko L. Reproductive health of Ukrainian women under conflict conditions: Longitudinal study 2023–2024. *J Obstet Gynaecol Res*. 2024;50(7):1521-30.
23. Klimentenko IA, Tkachenko VI. Infertility: Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. Kyiv: Zdorovye; 2020. 56 p.
24. World Health Organization. 1 in 6 people globally affected by infertility [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>.
25. Krausz C, Riera-Escamilla A, Moreno-Mendoza D, Holleman K, Cioppi F, Algaba F, et al. Genetic dissection of spermatogenic arrest through exome analysis: clinical implications for the management of azoospermic men. *Genet Med*. 2020;22(12):1956-66. doi: 10.1038/s41436-020-0907-1.
26. Cannarella R, Condorelli RA, La Vignera S, Calogero AE. Genetic diagnosis of male infertility: Current status and future perspectives. *Front Endocrinol*. 2022;13:876767.
27. Black K, Olgaard S, Khoei AA, Glazer C, Ohl DA, Fuglesang JC. The genetic landscape of male factor infertility and implications for men's health and future generations. *Uro*. 2025;5(1):2. doi: 10.3390/uro5010002.
28. Zorrilla M, Yatsenko AN. The genetics of infertility: current status of the field. *Curr Genet Med Rep*. 2013;1(4):1-22. doi: 10.1007/s40142-013-0027-1.
29. Deng CY, Zhang Z, Tang WH, Jiang H. Microdeletions and vertical transmission of the Y-chromosome azoospermia factor region. *Asian J Androl*. 2023;25(1):5-12. doi: 10.4103/aja2021130.
30. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology. The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2024;122(3):421-34. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.04.013.
31. Bazrgar M, Gourabi H. Genetics of female infertility. *Front Genet*. 2023;14:1297173. doi: 10.3389/fgene.2023.1297173.
32. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. Statistical materials [Internet]. Kyiv: PHC of Ukraine; 2024. Available from: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika>.
33. Cabinet of Ministers of Ukraine. Some issues of creating hospital districts [Internet]. 2019. Resolution No. 1074; 2019 Nov 27. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>.
34. Ministry of Health of Ukraine. On approval of the volume of secondary (specialized) medical care to be provided by multidisciplinary intensive care hospitals of the first and second level and amendments to the procedure for regionalization of perinatal care [Internet]. 2018. Order No. 1881; 2018 Oct 19. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18#Text>.
35. Ministry of Health of Ukraine. On Approval of the Procedure for Transportation of Pregnant Women, Women in Labor and Women in Childbirth in Ukraine [Internet]. 2015. Order No. 51; 2015 Feb 06. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0220-15#Text>.
36. Ministry of Health of Ukraine. On Approval of the Procedure for Transportation of Newborns of High Perinatal Risk in Ukraine [Internet]. 2013. Order No. 1024; 2013 Nov 28. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2110-13#Text>.
37. Ali AA, Naseem HA, Allahuddin Z, Yasin R, Azhar M, Hanif S, et al. The effectiveness of regionalization of perinatal care and specific facility-based interventions: A systematic review. *Neonatology*. 2025;122(1):245-61. doi: 10.1159/000541384.
38. Handley SC, Lorch SA. Regionalization of neonatal care: benefits, barriers, and beyond. *J Perinatol*. 2022;42(6):835-8. doi: 10.1038/s41372-022-01404-7.

Стаття надійшла до редакції 05.06.2025. – Дата першого рішення 11.06.2025. – Стаття подана до друку 14.07.2025