

Невиношування вагітності в Україні як проблемна складова демографічної ситуації

Н. Я. Жилка¹, О. С. Щербінська¹, С. В. Дудник², О. М. Ковальова², Х. В. Зарічанська¹, О. Є. Стельмах³

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

²Національна служба здоров'я України, м. Київ

³Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Невиношування вагітності (НВ) є суттєвим чинником репродуктивних втрат і важливою складовою демографічної кризи в Україні. За оцінками, 15–20% клінічно підтверджених вагітностей завершуються самовільним перериванням. В умовах зниження народжуваності навіть незначне зростання частоти втрат вагітності чинить критичний вплив на демографічні показники. У статті проаналізовано статистичні дані, етіологічні чинники й визначено основні напрями профілактики НВ. **Мета дослідження:** аналіз показників НВ в Україні та визначення їхнього впливу на кризову демографічну ситуацію. **Матеріали та методи.** Проведено двоетапне ретроспективне епідеміологічне дослідження. На I етапі аналізували частоту передчасних пологів у 2025 р. та фактори ризику, що найбільше асоціюються з передчасним народженням; на II етапі – кількість передчасно народжених дітей та їхню смертність в акушерських стаціонарах або закладах охорони здоров'я педіатричного профілю (після переведення немовлят із зазначених закладів) у 2025 р. Застосовано бібліосемантичний, аналітичний, епідеміологічний, статистичний і концептуальний методи дослідження.

Результати. За результатами дослідження продемонстровано рівень впливу складових проблеми НВ на демографічну ситуацію в Україні. Основними причинами НВ визначено недотримання унормованих принципів регіоналізації перинатальної допомоги й організації неонатальної допомоги, недостатнє застосування профілактичних технологій та недосконалість маршрутизації пацієнток із загрозою НВ.

Висновки. НВ є важливою складовою демографічної кризи в Україні. Воно спричиняє значні демографічні втрати (до 40 тис. випадків втрати вагітності щорічно за віддаленими результатами), а в умовах критично низької народжуваності його вплив посилюється. Для України характерні додаткові фактори ризику, зокрема вплив війни, стресу та обмежений доступ до медичних послуг. Зниження частоти НВ можливе за умови комплексного підходу, що включає медичні, соціальні й державні заходи. Підвищення уваги до цієї проблеми є необхідним для збереження репродуктивного потенціалу нації. Зниження частоти НВ є реальним резервом підвищення народжуваності.

Ключові слова: невиношування вагітності, самовільні викидні, передчасні пологи, демографічна криза, перинатальні втрати, репродуктивне здоров'я, фактори ризику, клінічні дослідження.

Miscarriage in Ukraine as a problematic aspect of the demographic situation

N. Ya. Zhyłka, O. S. Shcherbinska, S. V. Dudnyk, O. M. Kovalova, K. V. Zarichanska, O. Ye. Stelmakh

Miscarriage is a significant factor in reproductive losses and an important component of the demographic crisis in Ukraine. It is estimated that 15–20% of clinically confirmed pregnancies end in spontaneous abortion. In conditions of declining birth rate, even a slight increase in the frequency of pregnancy losses has a critical impact on demographic indicators. The article analyzes statistical data, etiological factors and identifies the main approaches for prevention of miscarriage.

The objective: to analyse the preterm birth rate indicators in Ukraine to determine their impact on the crisis demographic situation.

Materials and methods. A two-stage retrospective epidemiological study was conducted. At stage I, the frequency of preterm births in 2025 and the risk factors most associated with preterm birth were studied; at stage II – the number of preterm infants and their mortality in obstetric hospitals or pediatric health care institutions (after their transfer from these hospitals) in 2025 were studied. Bibliosemantic, analytical, epidemiological, statistical and conceptual research methods were used.

Results. The results of the study show the level of influence of the components of the miscarriage problem on the demographic situation in Ukraine. The main causes of miscarriage were identified as non-compliance with the standardized principles of regionalization of perinatal care, organization of neonatal care, insufficient use of preventive technologies and imperfection of the route of patients with the threat of miscarriage.

Conclusions. Miscarriage is an important component of the demographic crisis in Ukraine. It causes significant demographic losses (up to 40 thousand cases annually according to long-term results) and in conditions of critically low birth rate, its impact is amplified. Ukraine has additional risk factors for miscarriage, in particular the influence of war, stress, and limited access to medical services. Reducing the frequency of miscarriage is possible with a comprehensive approach that includes medical, social and government measures. Increased attention to this problem is necessary to preserve the reproductive potential of the nation. Reducing the frequency of miscarriage is a real reserve for increasing birth rate.

Keywords: miscarriage, spontaneous abortions, premature births, demographic crisis, perinatal losses, reproductive health, risk factors, clinical studies.

Україна перебуває у стані глибокої демографічної кризи та залишається однією з країн із найнижчим рівнем народжуваності у світі. Починаючи з 2014 р., показники народжуваності в Україні (без урахування тимчасово окупованих російською федерацією територій) демонструють стійку тенденцію до зниження. Зокрема, у 2014 р. народилося 465,9 тис. дітей, тоді як у 2020 р. цей показник знизився до 299,1 тис., а у 2021 р. – до 273,8 тис. У період повномасштабної війни офіційна статистика не охоплює АР Крим та 4 області України: у 2022 р. зафіксовано 206,0 тис. народжень, у 2023 р. – 187,4 тис., у 2024 р. – 176,7 тис. [1, 2].

У «Стратегії демографічного розвитку України до 2040 року», затвердженій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2024 р. № 922-р [3], зазначено, що ще до початку повномасштабного вторгнення, у 2021 р., коефіцієнт народжуваності становив 1,16. Це значення не лише є нижчим за рівень простого відтворення населення (2,1–2,2), але й істотно поступається локальному максимуму 2012 р. (1,53).

За оцінками, фактичний сумарний коефіцієнт народжуваності в Україні може бути ще нижчим – у межах 0,8–0,9. Цей показник відображає середню кількість

дітей, яких народжує одна жінка протягом життя за умови збереження поточних вікових рівнів народжуваності. Він обчислюється як сума вікових коефіцієнтів народжуваності за всіма віковими інтервалами, не залежить від вікової структури населення та характеризує загальний рівень народжуваності в конкретному календарному році [1, 2, 4].

Мета дослідження: аналіз показників невиношування вагітності (НВ) в Україні та визначення їхнього впливу на кризову демографічну ситуацію.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективне епідеміологічне дослідження, яке складалося з двох етапів. На I етапі досліджували частоту передчасних пологів у 2025 р. та фактори ризику, які найбільше асоціюються з передчасним народженням; на II етапі – кількість передчасно народжених дітей та їхню смертність в акушерських стаціонарах або закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) педіатричного профілю (після переведення немовлят із зазначених закладів) у 2025 р. Детальні джерела інформації, критерії включення в дослідження та предмет дослідження наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Джерела інформації та предмет дослідження

Параметри	I етап. Передчасні пологи	II етап. Передчасно народжені діти
Джерело інформації	ЕМЗ унікальних пацієнтів за пакетом «Медична допомога при пологах» (пакет № 7)	ЕМЗ унікальних пацієнтів за пакетом «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках (пакет № 8) із підставами для госпіталізації «Народжений у стаціонарі» або «Переведений з іншого закладу» та за пакетом «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» (пакет № 4) з підставою для госпіталізації «Народження в закладі»
Загальна кількість унікальних пацієнтів	157 162	157 839
Критерії передчасних пологів та передчасного народження за НК 025	Коди: O09.3 «Тривалість вагітності 20–25 повних тижнів» O09.4 «Тривалість вагітності 26–33 повних тижнів» O09.5 «Тривалість вагітності 34 – < 37 повних тижнів» та/або O60 «Передчасні пологи та розродження»	Коди: P07.21 «Екстремальний ступінь незрілості, менше 24 повних тижнів» P07.22 «Екстремальний ступінь незрілості, 24 або більше повних тижнів, але менше 28 повних тижнів» P07.30 «Недоношеність, неуточнена» P07.31 «Інша недоношеність немовлят, 28 або більше повних тижнів, але менше 32 повних тижнів» P07.32 «Інша недоношеність немовлят, 32 або більше повних тижнів, але менше 37 повних тижнів»
Кількість передчасних пологів / передчасно народжених немовлят	8159 унікальних жінок	5755 унікальних немовлят
Предмет дослідження	1. Діагнози на НК 025 (коди O10, O11, O12, O20, O23, O24.0, O26.6, O30.0, O34.0, O34.1, O34.2, O34.3, O34.5, O40, O41, O43, O99.01) 2. Антенатальне спостереження жінки за пакетом «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» (пакет № 35) 3. Шляхи госпіталізації жінки до акушерського стаціонару	Кількість унікальних пацієнтів із результатом лікування в ЕМЗ «Смерть»

Примітки: ЕМЗ – електронні медичні записи; НК 025 – Національний класифікатор НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я».

Показники самовільних викиднів у 2025 р.

Показники	Усього, абс. ч.	Частка, %
Кількість вагітностей у 2025 р. (за звітними даними амбулаторних ЗОЗ з акушерства та гінекології)	247 844	–
Самовільні викидні	7578	3,1
– з них при терміні вагітності до 12 тижнів	5925	78,2

Примітка: ЗОЗ – заклад охорони здоров'я.

Відмінності в кількості передчасних пологів за даними електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та кількості передчасно народжених дітей, імовірно, зумовлені підходами до кодування, оскільки електронні медичні записи (ЕМЗ) за пакетом № 7 обліковувалися лікарями акушерами-гінекологами, а ЕМЗ за пакетами № 8 та № 4 – лікарями-неонатологами. Тому лікарі акушери-гінекологи при терміні вагітності 36–37 тижнів могли зазначати в ЕМЗ код О09.5, тоді як неонатологи після оцінки стану дитини та відсутності ознак недоношеності не зазначали в ЕМЗ код рубрики Р07. Безперечно, це питання потребує поглибленого аналізу.

Використовували основні статистичні характеристики, а саме: середнє значення (М) для визначення центральної тенденції та 95% довірчий інтервал (ДІ) для оцінки точності середнього значення. Гіпотези щодо рівності генеральних середніх перевіряли з використанням двостороннього t-критерію Стьюдента. Порівняння відносних, або виражених у відсотках, величин виконували за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат). Для ідентифікації факторів ризику, що достовірно асоціюються з розвитком передчасних пологів, спочатку виконували простий логістичний регресійний аналіз. Розраховували відношення шансів (ВШ) та його ДІ. Після ідентифікації достовірних факторів ризику застосовували множинний логістичний регресійний аналіз. Розрахунки виконували за допомогою пакета прикладних програм STATA 14.0 (StataCorp LLC, США).

Застосовано бібліосемантичний, аналітичний, епідеміологічний, статистичний та концептуальний методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно у світі відбувається близько 23 млн самовільних переривань вагітності, приблизно 1 з 5 вагітностей завершується втратою [5], а ризик втрати клінічно підтвердженої вагітності становить 15,3% [6]. В Україні, за даними офіційної статистики, яка, за оцінками науковців, недооцінює ранні втрати через неповний їх облік, обмежений доступ до репродуктивної допомоги, вплив стресових факторів, зокрема війни [6], цей показник становить 15–20%, а звичне НВ трапляється у близько 2% жінок репродуктивного віку (від 0,6 до 2,3%) [5, 7, 8]. Якщо екстраполювати наведені дані, кількісна оцінка демографічних втрат становить близько 200 тис. вагітностей щорічно, а потенційні втрати – 30–40 тис. ненароджених дітей на рік, що зіставно з населенням невеликого міста. Це свідчить про те, що навіть часткове зниження НВ могло б суттєво покращити демографічні показники.

Відповідно до класифікації НВ, унормованої наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 03.11.2008 р. № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» та наказом МОЗ України

від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (зі змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 08.05.2014 р. № 310) [9], невиношування вагітності – це мимовільне (спонтанне) її переривання на ранніх термінах (до 12 тижнів – ранній самовільний аборт, на 13–22 тижні – пізній викидень), а також настання передчасних пологів у терміні 22–36 тижнів.

НВ належить до категорії несприятливих наслідків вагітності. Як показано в табл. 2, самовільні аборти залишаються проблемним питанням вітчизняного акушерства і гінекології. Із загальної кількості вагітних, які перебували під антенатальним спостереженням у 2025 р. (247 844 вагітних), самовільні викидні відбулися у 3,1% випадків, з яких у 78,2% – у ранні терміни (до 12 тижнів вагітності). Загальні втрати становили 7578 ненароджених дітей.

Динаміка показника НВ упродовж 2018–2023 рр. є позитивною: він знизився на 39,3% – з 5,6% на 100 пологів у 2018 р. до 3,4% у 2023 р. (рисунок) [10–12].

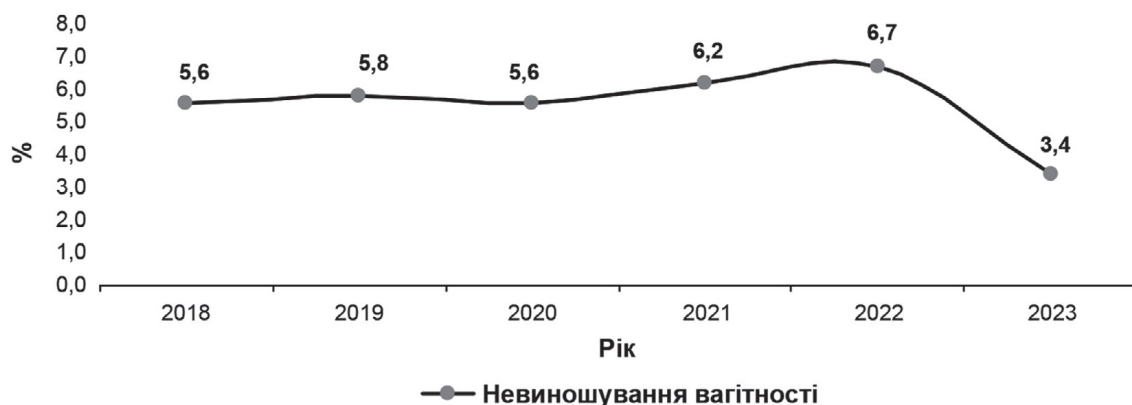
У 2025 р. показник передчасних пологів становив 3,6% (5712 випадків) від загальної кількості пологів (157 839) [11].

Тенденції передчасних пологів в Україні впродовж останніх 3 років залишаються стабільно негативними. Зокрема, у 2024 р. цей показник (5,8%) зріс на 41,4% порівняно з 2023 р., а у 2025 р. (3,6%) – на 5,9%.

Науковцями доведено, що НВ у короткостроковій перспективі є основною причиною смерті новонароджених, зумовлюючи до 60% летальних випадків.

Специфічними чинниками, що посилюють проблему НВ на сучасному етапі, є такі [10]:

- Війна та хронічний стрес:
 - підвищення рівня кортизолу;
 - зростання частоти передчасних пологів.
- Обмежений доступ до медичної допомоги:
 - порушення роботи перинатальних центрів;
 - міграція населення.
- Відкладене материнство:
 - середній вік матері зріс приблизно до 29–30 років;
 - у віці старше 35 років ризик втрат значно зростає.
- Медико-біологічні чинники:
 - генетичні аномалії;
 - ендокринні порушення;
 - імунологічні фактори;
 - інфекції (табл. 3).



Динаміка показника НВ в Україні на 100 пологів у 2018–2023 рр.

Таблиця 3

Медико-біологічні чинники НВ

Чинники	Частка, %
Генетичні аномалії	40–50
Ендокринні порушення	10–20
Імунологічні фактори	5–15
Інфекції	5–10
Невстановлені	до 50

За даними міжнародних та вітчизняних досліджень, НВ чинить вплив на репродуктивну поведінку. Зокрема, після двох втрат ризик відмови від наступної вагітності зростає на 20–30%, а до 30–40% жінок мають симптоми депресії після втрати вагітності. Це створює вторинний демографічний ефект, який складно виміряти, однак він є суттєвим [11, 13–22].

Серед генетичних факторів найчастіше фіксуються хромосомні аномалії ембріона (до 50% ранніх втрат) [23–29]; серед ендокринних порушень – недостатність лютеїнової фази та патологія щитоподібної залози [30]; серед імунологічних і тромбофілічних факторів – антифосфоліпідний синдром та спадковий тромбофілії [31]; серед інфекційних чинників – TORCH-інфекції (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірус, герпес та інші) [32]; серед анатомічних причин – вроджені аномалії матки та істміко-цервікальна недостатність [23]. У значній частині випадків (до 50%) причина залишається невстановленою [8].

За нашими даними, на передчасне народження впливає низка організаційних, соматичних та акушерських факторів (табл. 4). Серед організаційних чинників слід відзначити госпіталізацію жінки за направленням, а також надання допомоги жінці за пакетами № 35 та № 7 в одному закладі, оскільки за такої моделі спостереження, коли забезпечується наступність надання медичної допомоги, ризик передчасного народження зменшується вдвічі. Водночас відсутність спостереження за жінкою в межах пакета № 35 та її доставлення до закладу бригадою екстреної медичної допомоги (ЕМД) достовірно підвищує ризик передчасних пологів.

Серед соматичних захворювань найбільше ВПШ щодо передчасних пологів зафіксовано для наявних раніше артеріальної гіпертензії (ВПШ = 2,51) та цукрового діабету 1-го типу (ВПШ = 2,14), печінкових розладів під час вагітності, пологів та у післяпологовий період (ВПШ = 3,24), анемії під час вагітності (ВПШ = 1,58). Серед акушерських станів найбільші ВПШ щодо передчасних пологів виявлено для патологічних станів плаценти (ВПШ = 3,18), цервікальної недостатності (ВПШ = 10,9), вроджених вад розвитку матки (ВПШ = 4,67), кровотечі в ранні терміни вагітності (ВПШ = 5,62), прееклампсії на тлі хронічної

артеріальної гіпертензії (ВПШ = 8,09). Найвищий ризик передчасного народження встановлено при двійні (ВПШ = 18,32).

Для остаточного з'ясування впливу факторів ризику, насамперед організаційного характеру, проведено множинний логістичний регресійний аналіз. Як свідчать результати, наведені в табл. 5, навіть за умови включення в регресійну модель усіх чинників ризику передчасних пологів, наступність надання медичної допомоги жінці достовірно зменшує ймовірність передчасних пологів, тоді як доставлення жінки бригадою ЕМД за ургентними показаннями майже втричі підвищує ризик передчасних пологів.

Серед клінічних чинників найбільші ризики передчасних пологів встановлено для вагітності двійнею (ВПШ = 17,38), при цервікальній недостатності (ВПШ = 8,33) та прееклампсії на тлі хронічної артеріальної гіпертензії (ВПШ = 5,94). Водночас усі інші досліджувані чинники також достовірно асоціювалися з передчасними пологами за результатами множинного логістичного регресійного аналізу. Проведений аналіз показників НВ відповідно до даних ЕСОЗ свідчить про порушення вимог основоположних принципів і підходів до регіоналізації перинатальної допомоги: забезпечення доступності, високої якості та безпеки медичної допомоги, її планового характеру, орієнтації на задоволеність пацієнта, залучення сім'ї, а також зменшення надмірного медичного втручання під час пологів. Реалізація цих принципів передбачає формування трирівневої системи перинатальної допомоги відповідно до потреб території, з урахуванням географічної доступності, кадрових ресурсів,

матеріально-технічного оснащення та визначеного маршруту пацієнтів.

Згідно з чинними нормативними вимогами, передчасні пологи мають відбуватися у ЗОЗ II та III рівнів перинатальної допомоги відповідно до ступеня перинатального ризику, встановленого у плановому порядку. Зокрема, у медичних закладах II рівня передбачено надання допомоги жінкам із середнім ступенем ризику, а також у випадках народження дітей

із масою тіла понад 1500 г і гестаційним віком від 34 тижнів. Водночас заклади III рівня мають забезпечувати медичну допомогу при високому акушерському та перинатальному ризику (з урахуванням сукупності чинників), а також при народженні немовлят із масою тіла ≤ 1500 г та/або гестаційним віком до 34 тижнів включно, зокрема новонароджених із критично низькою масою тіла незалежно від наявності супутніх захворювань [32–39]. Більшість пацієнток

Таблиця 4

Фактори ризику передчасних пологів за даними простого логістичного регресійного аналізу

Код за НК 025	Своєчасні пологи	Передчасні пологи	P_1	ВШ [95% ДІ]	P_2
Вік матері, роки (М [95% ДІ])	29,6 [29,6–29,62]	30,5 [30,49–30,5]	< 0,001	1,02 [1,02–1,028]	< 0,001
Відсутність спостереження за пакетом № 35, n (%)	20 283 (13,61)	1427 (17,49)	< 0,001	1,34 [1,27–1,43]	< 0,001
Надання медичної допомоги за пакетами № 35 та № 7 в одному закладі, n (%)	76 161 (51,11)	2735 (33,52)	< 0,001	0,48 [0,43–0,50]	< 0,001
Доставлена бригадою ЕМД, n (%)	10 244 (6,88)	1451 (17,78)	< 0,001	2,93 [2,75–3,11]	< 0,001
Госпіталізована за направленням, n (%)	16 660 (11,18)	722 (8,85)	< 0,001	0,77 [0,71–0,83]	< 0,001
O10 «Наявна раніше гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період», n (%)	1932 (1,30)	261 (3,2)	< 0,001	2,51 [2,20–2,86]	< 0,001
O11 «Преєклампсія на фоні хронічної гіпертензії», n (%)	249 (0,17)	109 (1,34)	< 0,001	8,09 [6,45–10,14]	< 0,001
O12 «Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк та протеїнурія без гіпертензії», n (%)	6654 (4,47)	268 (3,28)	< 0,001	0,72 [0,64–0,82]	< 0,001
O20 «Кровотеча в ранні терміни вагітності», n (%)	13 (0,01)	4 (0,05)	< 0,001	5,62 [1,83–17,24]	0,003
O23 «Інфекції сечостатевого тракту під час вагітності», n (%)	4592 (3,08)	434 (5,32)	< 0,001	1,76 [1,59–1,95]	< 0,001
O24.0 «Наявний раніше цукровий діабет 1-го типу», n (%)	5166 (3,47)	583 (7,15)	< 0,001	2,14 [1,96–2,34]	< 0,001
O26.6 «Печінкові розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді», n (%)	379 (0,25)	67 (0,82)	< 0,001	3,24 [2,50–4,21]	< 0,001
O30.0 «Вагітність двійнею», n (%)	623 (0,42)	583 (7,15)	< 0,001	18,32 [16,33–20,5]	< 0,001
O34.0 «Вроджені вади розвитку матки, при яких мати потребує медичної допомоги», n (%)	315 (0,21)	80 (0,98)	< 0,001	4,67 [3,65–5,98]	< 0,001
O34.1 «Пухлина тіла матки, при якій мати потребує надання медичної допомоги», n (%)	2197 (1,47)	256 (3,14)	< 0,001	2,16 [1,89–2,47]	< 0,001
O34.2 «Медична допомога матері, пов'язана з рубцем матки», n (%)	16 180 (10,86)	1286 (15,76)	< 0,001	1,54 [1,44–1,63]	< 0,001
O34.3 «Медична допомога матері при цервікальній недостатності», n (%)	554 (0,37)	319 (3,91)	< 0,001	10,9 [9,48–12,53]	< 0,001
O34.5 «Медична допомога матері при інших аномаліях вагітної матки», n (%)	106 (0,07)	15 (0,18)	< 0,001	2,58 [1,51–4,44]	0,001
O40 «Полігідрамніон», n (%)	4759 (3,19)	419 (5,14)	< 0,001	1,64 [1,48–1,82]	< 0,001
O41 «Інші розлади, пов'язані з амніотичною рідиною та оболонками плода», n (%)	3359 (2,25)	552 (6,77)	< 0,001	3,14 [2,86–3,45]	< 0,001
O43 «Патологічні стани плаценти», n (%)	3985 (2,67)	656 (8,04)	< 0,001	3,18 [2,92–3,46]	< 0,001
O99.01 «Анемія під час вагітності», n (%)	5139 (3,45)	436 (5,34)	< 0,001	1,58 [1,42–1,74]	< 0,001

Примітки: ЕМД – екстрена медична допомога; НК 025 – Національний класифікатор НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»; М – середнє значення; ВШ – відношення шансів; ДІ – довірчий інтервал.

Фактори ризику передчасних пологів за даними множинного логістичного регресійного аналізу

Предиктори	ВШ	95% ДІ	p
Надання медичної допомоги за пакетами № 35 та № 7 в одному закладі	0,53	0,50–0,55	< 0,001
Доставлена бригадою ЕМД	2,91	2,74–3,11	< 0,001
О10 «Наявна раніше гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період»	2,19	1,90–2,52	< 0,001
О11 «Преєклампсія на фоні хронічної гіпертензії»	5,94	4,66–7,58	< 0,001
О12 «Гестаційний (зумовлений вагітністю) набряк та протеїнурія без гіпертензії»	0,57	0,50–0,65	< 0,001
О20 «Кровотеча в ранні терміни вагітності»	3,36	0,99–11,3	< 0,001
О23 «Інфекції сечостатевого тракту під час вагітності»	1,46	1,32–1,63	< 0,001
О24.0 «Наявний раніше цукровий діабет 1-го типу під час вагітності»	2,01	1,83–2,21	< 0,001
О26.6 «Печінкові розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»	2,61	1,96–3,49	< 0,001
О30.0 «Вагітність двійнею»	17,38	15,36–19,63	< 0,001
О34.1 «Пухлина тіла матки, при якій мати потребує надання медичної допомоги»	1,74	1,51–2,00	< 0,001
О34.3 «Медична допомога матері при цервікальній недостатності»	8,33	7,15–9,70	< 0,001
О40 «Полігідрамніон»	1,27	1,13–1,42	< 0,001
О43 «Патологічні стани плаценти»	2,82	2,58–3,10	< 0,001
О99.01 «Анемія під час вагітності»	1,34	1,24–1,50	< 0,001

Примітки: ЕМД – екстрена медична допомога; ВШ – відношення шансів; ДІ – довірчий інтервал.

із передчасними пологами госпіталізуються в ургентному порядку (93,9%) (табл. 6), що знижує якість перинатальної допомоги: шляхом транспортування бригадою ЕМД – у 17,8% випадків, через самозвернення – у 63,6%, шляхом переведення з інших лікувальних закладів – у 9,8%, і лише у 8,9% випадків – за направленням лікаря. За результатами такої організації допомоги показник мертвородження становив 6,9%, тобто втрачено 761 дитину. У розрізі областей цей показник є надзвичайно високим, що потребує ретельного аналізу причин.

Актуальність визначеної проблеми підтверджується результатами, отриманими під час II етапу дослідження.

Кількість передчасно народжених дітей у 2025 р., за даними ЕСОЗ, становила 3,6%. При цьому частка летальних випадків серед новонароджених з екстремальним ступенем незрілості (менше ніж 24 повні тижні гестації, код за НК 025 – Р07.21) становила 92,3%; у терміні 24 або більше повних тижнів, але менше ніж 28 тижнів гестації (код за НК 025 – Р07.22) – 65,4%; за неуточненого терміну вагітності (код за НК 025 – Р07.30) – 6,0%; у терміні 28 або більше повних тижнів, але менше ніж 32 тижні (код за НК 025 – Р07.31) – 15,5%; у терміні 32 або більше повних тижнів, але менше ніж 37 повних тижнів (код за НК 025 – Р07.32) – 1,55%. Загалом втрачено 297 дітей (табл. 7).

Виходжування недоношених новонароджених потребує кваліфікованого персоналу та належного ресурсного забезпечення. За результатами діяльності акушерських стаціонарів у 2025 р. у ЗОЗ, які мають неонатальний пакет, що підсилює ресурси лікувального

закладу, народилося 5246 недоношених новонароджених, що становить 3,3% від загальної кількості дітей, народжених у 2025 р., та 91,2% від загальної кількості передчасно народжених дітей у 2025 р. (табл. 8).

У цих стаціонарах помер 291 недоношений новонароджений, що становить 5,5% і перевищує відповідний загальний показник по країні (5,2%) за тими самими критеріями класифікатора, що свідчить про необхідність удосконалення статистичної звітності, а також технологій електронної реєстрації випадків.

У Вінницькій (10,6%), Івано-Франківській (6,3%), Житомирській (7,1%), Львівській (7,9%), Миколаївській (13,2%), Рівненській (8,2%), Херсонській (15,4%), Хмельницькій (8,7%), Чернігівській (11,4%) областях та м. Київ (6,1%) частка летальних випадків серед передчасно народжених дітей у пологових стаціонарах, які мають пакет № 8, перевищує загальний показник по Україні (5,5%). При цьому не оцінювалися інші аспекти ресурсного забезпечення конкретних лікувальних закладів та кадрового потенціалу, однак отримані показники вказують на необхідність проведення поглибленого дослідження у цих регіонах.

Аналіз діяльності акушерських стаціонарів у 2025 р., які не мають пакета № 8, показав, що в цих закладах народилося 750 недоношених дітей, що становить 0,5% від загальної кількості народжених дітей (157 833 випадки) та 13,0% від загальної кількості передчасно народжених дітей (5755 випадків) (табл. 9).

З огляду на отримані результати (91,2% недоношених дітей народилися у пологових стаціонарах, які мають пакет № 8, і 13,0% – у пологових стаціонарах, які не мають пакета № 8), ймовірно є хибна реєстрація в ЕСОЗ кількості недоношених новонароджених.

Таблиця 6

Показники регіоналізації перинатальної допомоги у розрізі областей, 2025 р.

Регіони, область	Усі пологи	Передчасні пологи, абс. ч.	Частка, %	Ургентні пологи, абс. ч.	Частка, %	Переведено до іншого ЗОЗ, абс. ч.	Частка, %	Транспортування бригадою ЕМД, абс. ч.	Частка, %	Самозвернення, абс. ч.	Частка, %	За направленням, абс. ч.	Частка, %	Переведення, абс. ч.	Частка, %	Мертвонародженість, абс. ч.	Частка, %
Україна	157 162	8159	5,19	7662	93,91	97	1,19	1451	17,78	5188	63,59	722	8,85	798	9,78	561	6,88
Вінницька	7048	349	4,95	346	99,14	3	0,86	54	15,47	216	61,89	5	1,43	74	21,20	22	6,30
Волинська	7482	355	4,74	315	88,73	1	0,28	45	12,68	262	73,80	42	11,83	6	1,69	23	6,48
Дніпропетровська	12 276	718	5,85	663	92,34	3	0,42	287	39,97	343	47,77	81	11,28	7	0,97	71	9,89
Донецька	501	9	1,80	9	100,00	-	-	5	55,56	3	33,33	1	11,11	0	0,00	1	11,11
Житомирська	5836	369	6,32	367	99,46	11	2,98	125	33,88	208	56,37	21	5,69	15	4,07	20	5,42
Закарпатська	7543	359	4,76	342	95,26	2	0,56	16	4,46	337	93,87	3	0,84	3	0,84	37	10,31
Запорізька	2736	91	3,33	87	95,60	-	-	7	7,69	77	84,62	2	2,20	5	5,49	3	3,30
Івано-Франківська	7141	284	3,98	233	82,04	-	-	40	14,08	181	63,73	51	17,96	12	4,23	18	6,34
Київська	4704	151	3,21	142	94,04	1	0,66	47	31,13	92	60,93	12	7,95	0	0,00	16	10,60
Кіровоградська	3503	219	6,25	200	91,32	2	0,91	30	13,70	161	73,52	21	9,59	7	3,20	19	8,68
Львівська	14 785	762	5,15	731	95,93	4	0,52	78	10,24	570	74,80	4	0,52	110	14,44	46	6,04
м. Київ	21 295	1246	5,85	1185	95,10	1	0,08	213	17,09	831	66,69	64	5,14	138	11,08	63	5,06
Миколаївська	4069	165	4,06	152	92,12	-	-	37	22,42	89	53,94	35	21,21	4	2,42	15	9,09
Одеська	11 557	615	5,32	564	91,71	-	-	98	15,93	454	73,82	61	9,92	2	0,33	40	6,50
Полтавська	5424	508	9,37	503	99,02	65	12,80	49	9,65	325	63,98	134	26,38	0	0,00	22	4,33
Рівненська	8702	452	5,19	423	93,58	1	0,22	22	4,87	293	64,82	11	2,43	126	27,88	29	6,42
Сумська	2901	136	4,69	131	96,32	-	-	23	16,91	69	50,74	16	11,76	28	20,59	12	8,82
Тернопільська	4486	232	5,17	207	89,22	-	-	23	9,91	184	79,31	25	10,78	0	0,00	13	5,60
Харківська	6757	371	5,49	318	85,71	-	-	134	36,12	144	38,81	93	25,07	0	0,00	31	8,36
Херсонська	193	14	7,25	14	100,00	-	-	4	28,57	8	57,14	0	0,00	2	14,29	0	0,00
Хмельницька	5668	263	4,64	244	92,78	1	0,38	34	12,93	109	41,44	15	5,70	105	39,92	16	6,08
Черкаська	4340	181	4,17	179	98,90	-	-	29	16,02	70	38,67	2	1,10	80	44,20	22	12,15
Чернівецька	5021	172	3,43	171	99,42	2	1,16	19	11,05	79	45,93	0	0,00	74	43,02	16	9,30
Чернігівська	3194	138	4,32	136	98,55	-	-	32	23,19	83	60,14	23	16,67	0	0,00	8	5,80

Примітки: ЗОЗ – заклад охорони здоров'я; ЕМД – екстрена медична допомога.

Показник смертності передчасно народжених дітей у пологових стаціонарах України

Показники	Кількість немовлят, абс. ч.	Кількість померлих	
		абс. ч.	%
Екстремальний ступінь незрілості, менше ніж 24 повні тижні (код за НК 025 – P07.21)	26	24	92,3
Екстремальний ступінь незрілості, 24 або більше повних тижнів, але менше ніж 28 тижнів (код за НК 025 – P07.22)	182	119	65,4
Недоношеність, неуточнена (код за НК 025 – P07.30)	67	4	6,0
Інша недоношеність немовлят, 28 або більше повних тижнів, але менше 32 тижнів (код за НК 025 – P07.31)	476	74	15,5
Інша недоношеність немовлят, 32 або більше повних тижнів, але менше 37 повних тижнів (код за НК 025 – P07.32)	5024	76	1,55
Загалом по Україні	5755	297	5,2

Примітка: НК 025 – Національний класифікатор НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я».

Показник смертності передчасно народжених дітей у пологових стаціонарах, які мають пакет № 8, у розрізі регіонів

Регіони, область	Пацієнти, п		Пацієнти, п		Пацієнти, п		Пацієнти, п		Пацієнти, п		Пацієнти, п		Частка померлих, %
	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п	З них померли, п			
Класифікатор	P07.21	P07.22	P07.22	P07.30	P07.30	P07.31	P07.31	P07.32	P07.32	Разом	Разом	Разом	
Вінницька	–	–	10	7	–	–	21	7	139	4	170	18	10,6
Волинська	2	2	4	–	–	–	27	2	190	1	223	5	2,2
Дніпропетровська	2	2	16	8	–	–	47	6	411	6	476	22	4,6
Донецька	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	2	–	–
Івано-Франківська	2	2	8	8	–	–	15	4	278	5	303	19	6,3
Житомирська	–	–	6	4	–	–	38	8	166	3	210	15	7,1
Закарпатська	2	–	1	1	–	–	7	–	109	–	119	1	0,8
Запорізька	–	–	4	1	–	–	19	2	158	–	181	3	1,7
Київська	–	–	1	–	–	–	5	–	78	1	84	1	1,2
Кіровоградська	1	1	6	5	–	–	17	–	106	–	130	6	0,8
Львівська	3	3	16	13	–	–	46	10	391	10	456	36	7,9
м. Київ	6	6	34	26	–	–	66	12	843	14	949	58	6,1
Миколаївська	–	–	11	9	–	–	21	3	82	3	114	15	13,2
Одеська	2	2	12	7	2	–	23	6	321	3	360	18	5,0
Полтавська	1	1	8	5	–	–	22	1	288	–	319	7	2,2
Рівненська	–	–	6	4	–	–	13	3	177	9	196	16	8,2
Сумська	1	1	6	2	–	–	8	–	68	–	83	3	3,6
Тернопільська	–	–	4	–	–	–	15	–	190	1	209	1	0,47
Харківська	2	2	2	1	1	1	11	1	160	4	176	9	5,1
Херсонська	–	–	1	1	–	–	1	–	11	1	13	2	15,4
Хмельницька	2	2	9	9	15	–	17	4	153	2	196	17	8,7
Черкаська	–	–	2	–	14	–	10	2	77	2	103	4	3,9
Чернігівська	–	–	1	1	–	–	8	4	79	5	88	10	11,4
Чернівецька	–	–	6	4	9	–	8	–	63	1	86	5	5,8
Україна	26	24	174	116	41	1	465	75	4540	75	5246	291	5,5

Примітки: P07.21 – екстремальний ступінь незрілості, менше ніж 24 повні тижні; P07.22 – екстремальний ступінь незрілості, 24 або більше повних тижнів, але менше ніж 28 тижнів; P07.30 – недоношеність, неуточнена; P07.31 – інша недоношеність немовлят, 28 або більше повних тижнів, але менше 32 тижнів; P07.32 – інша недоношеність немовлят, 32 або більше повних тижнів, але менше 37 повних тижнів.

Показник смертності передчасно народжених дітей у пологових стаціонарах, які не мають неонатального пакета, у розрізі регіонів

Регіони, область	Пацієнти, п	З них померли, п	Пацієнти, п	З них померли, п	Пацієнти, п	З них померли, п	Пацієнти, п	З них померли, п	Пацієнти, п	З них померли, п	Частка померлих, %
Класифікатор	P07.22		P07.30		P07.31		P07.32		Разом		
Вінницька	–	–	–	–	–	–	56	–	56	–	–
Волинська	1	–	2	–	3	–	18	1	24	1	4,2
Дніпропетровська	1	1	–	–	–	–	82	–	83	1	1,2
Донецька	–	–	–	–	–	–	6	–	6	–	–
Івано-Франківська	–	–	1	1	1	–	35	–	37	1	2,7
Житомирська	–	–	2	–	2	–	25	–	29	–	–
Закарпатська	–	–	–	–	–	–	15	–	15	–	–
Запорізька	–	–	–	–	–	–	29	–	29	–	–
Київська	–	–	–	–	–	–	51	–	51	–	–
Кіровоградська	–	–	–	–	1	–	12	–	13	–	–
Львівська	–	–	2	–	–	–	49	–	51	–	–
м. Київ	–	–	1	–	–	–	9	1	10	1	10,0
Миколаївська	5	1	–	–	3	–	37	–	45	1	2,2
Одеська	5	2	5	–	4	–	39	–	53	2	3,8
Полтавська	–	–	1	–	1	–	10	–	12	–	–
Рівненська	–	–	–	–	2	–	72	–	74	–	–
Сумська	–	–	–	–	–	–	2	–	2	–	–
Тернопільська	–	–	–	–	–	–	6	–	6	–	–
Харківська	–	–	1	–	–	–	18	–	19	–	–
Херсонська	–	–	14	–	–	–	11	–	25	–	–
Хмельницька	–	–	–	–	1	–	8	–	9	–	–
Черкаська	–	–	–	–	–	–	21	–	21	–	–
Чернігівська	–	–	–	–	–	–	56	–	56	–	–
Чернівецька	1	–	2	–	3	–	18	1	24	1	4,2
Україна	13	4	31	1	21	–	629	3	750	8	1,1

Примітки: P07.22 – екстремальний ступінь незрілості, 24 або більше повних тижнів, але менше ніж 28 тижнів; P07.30 – недоношеність, не уточнена; P07.31 – інша недоношеність немовлят, 28 або більше повних тижнів, але менше 32 тижнів; P07.32 – інша недоношеність немовлят, 32 або більше повних тижнів, але менше 37 повних тижнів.

Щодо організації медичної допомоги недоношеним новонародженим, спостерігається значна кількість недоношених дітей у пологових стаціонарах, які не мають неонатального пакета (750 випадків), що свідчить про порушення основоположних принципів та підходів до регіоналізації перинатальної допомоги. Сумнівною є виживаність 62 недоношених дітей (табл. 5) з екстремальним ступенем незрілості (P07.22, P07.30, P07.31) за відсутності у пологових стаціонарах неонатального пакета.

Таким чином, НВ є мультиплікативним чинником демографічного спаду [40]. Соціально-економічні наслідки НВ включають збільшення витрат системи охорони здоров'я, потребу в довготривалому лікуванні,

втрату працездатності, а також демографічні й економічні збитки. Отже, проблема виходить за межі клінічної медицини та потребує державного реагування [41–43].

Сучасні підходи до профілактики НВ включають прегравідарну підготовку (генетичне консультування, корекцію хронічних захворювань), ранню діагностику (скринінг гормональних та імунологічних порушень), медичну підтримку вагітності (прогестеронову та, за показаннями, антикоагулянтну терапію), а також психологічну допомогу (підтримку жінок після втрат) [30–32].

Державна політика й перспективи щодо зниження впливу НВ передбачають удосконалення реєстрів репродуктивних втрат, забезпечення доступу до спеціалі-

зованої допомоги, розширення програм репродуктивного здоров'я, інтеграцію психологічної підтримки до клінічних протоколів і медичних стандартів [41–44].

ВИСНОВКИ

НВ є важливою складовою демографічної кризи в Україні. Воно спричиняє значні демографічні втрати (до 40 тис. випадків втрати вагітності щорічно за віддаленими результатами), а в умовах критично низь-

кої народжуваності його вплив посилюється. Для України характерні додаткові фактори ризику, зокрема вплив війни, стресу та обмежений доступ до медичних послуг. Зниження частоти НВ можливе за умови комплексного підходу, що включає медичні, соціальні та державні заходи. Підвищення уваги до цієї проблеми є необхідним для збереження репродуктивного потенціалу нації. Зниження частоти НВ є реальним резервом підвищення народжуваності.

Відомості про авторів

Жылка Надія Яківна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 790-85-85. *E-mail: zhyuka.nadya@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-0732-1141

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

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

Зарічанська Христина Володимирівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 352-01-44. *E-mail: zarichanska@ukr.net*
ORCID: 0000-0003-0357-3261

Стельмах Олена Євгенівна – Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: (050) 106-59-75. *E-mail: stelmakh@tdmu.edu.ua*
ORCID: 0009-0005-3310-5970

Information about the authors

Zhyuka Nadiya Ya. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 790-85-85. *E-mail: zhyuka.nadya@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-0732-1141

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. – National Health Service of Ukraine, Kyiv; tel.: (095) 528-82-73. *E-mail: sv.dudnik@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-7012-424X

Kovalova Olena M. – National Health Service of Ukraine, Kyiv; tel.: (050) 578-64-36. *E-mail: kovalova.olena@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-4007-1749

Zarichanska Khrystyna V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 352-01-44. *E-mail: zarichanska@ukr.net*
ORCID: 0000-0003-0357-3261

Stelmakh Olena Ye. – Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of MOH of Ukraine; tel.: (050) 106-59-75. *E-mail: stelmakh@tdmu.edu.ua*
ORCID: 0009-0005-3310-5970

ПОСИЛАННЯ

1. State Statistics Service of Ukraine. Population size and natural change [Online]. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine; 2024. Available from: <https://stat.gov.ua/uk/releases/chyselnist-ta-prirodnyy-rukh-naselennya-6>.
2. State Statistics Service of Ukraine. Statistical yearbook of Ukraine for 2023 [Internet]. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine; 2024. Available from: https://www.ukrstat.gov.ua/druk/publi-cat/kat_u/2023/zb/11/year_23_u.pdf.
3. Cabinet of Ministers of Ukraine. Praise of the Strategy for the Demographic Development of Ukraine for the period up to 2040 [Internet]. 2024. Order No. 922-r; 30 June 2024. Available from: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalen- nia-stratehii-demohrafichnoho-rozvytku-ukrainy-na-period-do-2040-roku-922r-300924>.
4. State Statistics Service of Ukraine. Demographic and social statistics [Online]. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine. Available from: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/ds.htm.
5. World Health Organization. 1 in 6 people globally affected by infertility [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility/>.
6. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021;397:1658-67. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00682-6.
7. Center for Medical Statistics, Ministry of Health of Ukraine. Key indicators of population health and the activities of healthcare facilities in Ukraine [Online]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2023. 90 p.
8. ESHRE Guideline Group on RPL; Bender AR, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. *Hum Reprod Open*. 2023;2023(1):hoad002. doi: 10.1093/hropen/hoad002.
9. Ministry of Health of Ukraine. On amendments to orders of the Ministry of health of Ukraine regarding the approval of clinical protocols for obstetric and gynecological care [Internet]. 2008. Order No. 624 (as amended by Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 310 dated May 8, 2014); 2008 Nov 3. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1075-08>.
10. Zabolotko VM, editor. Monitoring the quality of healthcare services during the reform of obstetric and pediatric care for the population of Ukraine in healthcare facilities under the jurisdiction of the Ministry of Health of Ukraine, 2017–2021 [Internet]. Kyiv; 2022. 47 p.
11. Center for Public Health, Ministry of Health of Ukraine. Statistical data and analytical reports [Online]. Kyiv: Center for Public Health, Ministry of Health of Ukraine; 2023–2025. Available from: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika>.

12. Moiseienko RO, Zhylyka NYa, Goida NG, Dudina OO, Golubchikov MV, Otkysiuik ZhS. The state of female reproductive health in Ukraine. *Ukraine Nation's Health*. 2023;(1):51-9. doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09.
13. Zhylyka N, Kovalova O, Shcherbinska O, Dudnyk S, Netskar I. Problems of regionalization of perinatal care as a component of the demographic crisis in Ukraine. *Reprod Health Woman*. 2025;(5):8-16. doi: 10.30841/2708-8731.5.2025.337938.
14. UNICEF. Situation Analysis of Children in Ukraine: 2024 [Internet]. Kyiv: UNICEF; 2024. Available from: https://www.unicef.org/ukraine/en/media/49206/file/UNICEF_SitAn_2024_ENG.pdf.pdf.
15. United Nations Population Fund. Sexual and Reproductive Health and Rights Assessment in Ukraine: Desk Review [Internet]. Kyiv: UNFPA; 2025. Available from: <https://ukraine.unfpa.org/en/publications/sexual-and-reproductive-health-and-rights-assessment-ukraine-desk-review>.
16. Organisation for Economic Co-operation and Development. Education at a Glance 2023: OECD indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023. Available from: <https://doi.org/10.1787/e13bef63-en>.
17. United Nations Population Fund. State of world population 2024: Interwoven lives, threads of hope [Internet]. New York: UNFPA; 2024. 172 p. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2024-english-240327-web.pdf>.
18. UN Women. Gender equality and women's empowerment in Ukraine: Situation analysis. New York: UN Women; 2024. 18 p.
19. Zhylyka N, Slabkiy G, Shcherbinska O. The state of female reproductive health in Ukraine: Literature review. *Reprod Endocrinol*. 2021;(60):67-71. doi: 10.18370/2309-4117.2021.60.67-71.
20. Marmazova NV, Lukyanenko NE. Ecology and human health. Kharkiv: Kharkiv National Medical University; 2020. 25 p.
21. Seiz M, Eremenko T, Salazar L. Socio-economic differences in access to and use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a context of increasing childlessness [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023. Available from: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2023-01/JRC132097_socioeconomic_differences_in_access_to_and_use_of_medically_assisted_reproduction.pdf.
22. Pelikh A, Remes H, Metsä-Simola N, Goisis A. Partnership trajectories preceding medically assisted reproduction. *Population Studies*. 2024;78(2):341-60. doi: 10.1080/00324728.2023.2215213.
23. Klimenko IA, Tkachenko VI. Infertility: Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. Kyiv: Zdorovyie; 2020. 56 p.
24. Black K, Ølgaard S, Khoei AA, Glazer C, Ohl DA, Jensen CFS. 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.
25. Krausz C, Riera-Escamilla A. Genetics of male infertility. *Nat Rev Urol*. 2021;18(6):369-84. doi: 10.1038/s41585-018-0003-3.
26. Tüttelmann F, Wyrwoll MJ, Steingröver J, Weacker P. The genetics of female and male infertility. *Dtsch Arztebl Int*. 2025;122(5):115-20. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0259.
27. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology. The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A): a committee opinion. *Fertil Steril*. 2018;109(3):429-36. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.01.002.
28. Bazrgar M, Gourabi H. Editorial: Genetics of female infertility. *Front Genet*. 2023;14:1297173. doi: 10.3389/fgene.2023.1297173.
29. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2026;125(5):1178-89. doi: 10.1016/j.fertnstert.2026.03.001.
30. Dimitriadis E, Menkhorst E, Saito S, Kutteh WH, Brosens JJ. Recurrent pregnancy loss. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):98. doi: 10.1038/s41572-020-00228-z.
31. Romero R, Gomez-Lopez N, Kusanovic JP, Pacora P, Panaitescu B, Erez O, et al. Clinical Chorioamnionitis at Term: New insights into the etiology, microbiology, and the fetal, maternal and amniotic cavity inflammatory responses. *Nogyogyasazati Szuleszeti Tovabbkepzo Szemle*. 2018;20(3):103-12.
32. 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>.
33. 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>.
34. Moiseienko RO, Goida NG, Dudina OO, Bodnaruk NM. Development of perinatal medicine in Ukraine in the context of international approaches. *Wiad Lek*. 2021;74(3):761-6.
35. World Health Organization. Newborn mortality – Fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>.
36. 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>.
37. 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>.
38. 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 6. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0220-15#Text>.
39. 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>.
40. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Front Glob Womens Health*. 2023;3:1032212. doi: 10.3389/fgwh.2022.1032212.
41. World Bank. Fertility rate, total (births per woman) [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2022. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>.
42. World Health Organization. Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
43. Zhylyka N, Shcherbinska O, Goida N, Golubchikov M. The impact of national strategies for preserving reproductive health on the improvement of the demographic situation in Ukraine. *Reprod Health Woman*. 2024;(4):8-15. doi: 10.30841/2708-8731.4.2024.308990.
44. Goida N, Moiseienko R, Zhylyka N, Golubchikov M, Otkysiuik Z. Regulatory and legal support for the implementation of state policy in the health care of the population of Ukraine. *Fam Med Eur Pract*. 2025;(2):26-32. doi: 10.30841/2786-720X.2.2025.331921.

Стаття надійшла до редакції 16.04.2026. – Дата першого рішення 22.04.2026. – Стаття подана до друку 22.05.2026