



УДК 314.323 (477)

*Т. М. ГАРАЩЕНКО,  
Інститут демографії та соціальних  
досліджень ім. М. В. Птухи НАН України*

## РЕПРОДУКТИВНІ ВТРАТИ ВНАСЛІДОК МЕРТВОНАРОДЖЕНЬ В УКРАЇНІ: ДЕМОГРАФІЧНИЙ АСПЕКТ

**Постановка проблеми.** За останні десятиліття в Україні відбулися глибокі соціально-економічні та демографічні зміни. На демографічну обстановку й, зокрема, ситуацію з народжуваністю впливає низка факторів соціального, економічного та медико-демографічного характеру. Одним з вагомих факторів є стан репродуктивного здоров'я. В умовах нестабільності економічної й соціальної ситуації в країні, погіршення стану навколишнього середовища, особливої актуальності набуває оцінка репродуктивних втрат. При цьому першочергове значення має оцінка репродуктивних втрат внаслідок мертвнонародження як одного з індикаторів стану репродуктивного здоров'я та складової медико-демографічного розвитку.

Зв'язок матері з дитиною формується задовго до її народження, коли організм жінки перебудовується і готується до появи дитини на світ. Саме тому мертвнонародження навіть більшою мірою, ніж аборт заподіює психологічну травму жінці. Втрата плоду через мертвнонародження може призвести до непоправних наслідків: по-перше, після пережитого жінка може відмовитися від подальших народжень, вважаючи себе неспроможною народити дитину; по-друге, втрата плоду внаслідок завмирання призводить до довгострокового лікування, у результаті чого народження наступної дитини відкладається; по-третє, мертвнонародження подеколи призводить до напруженості у відносинах між подружжям та навіть до розпаду сім'ї.

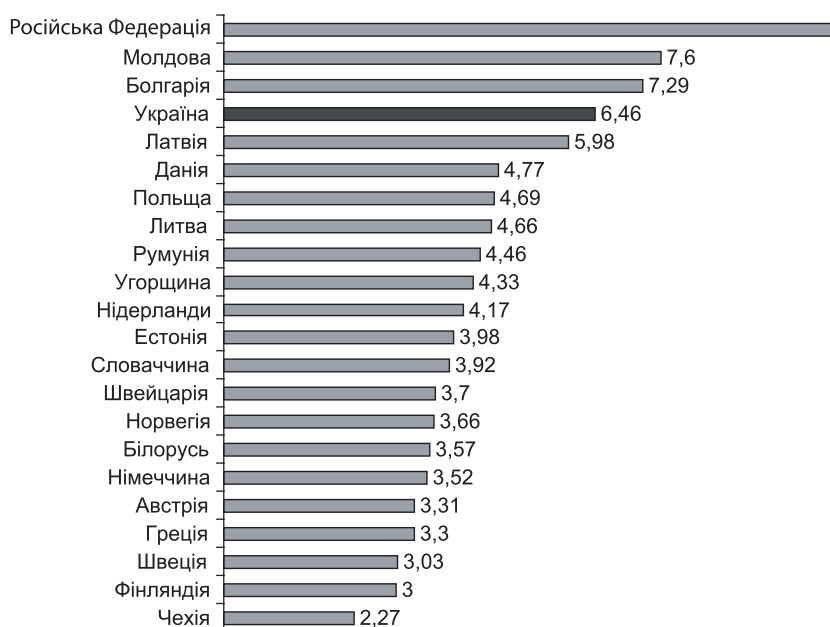
**Аналіз останніх досліджень.** Дотепер проблемі репродуктивних втрат внаслідок мертвнонародження у вітчизняній медико-демографічній літературі приділялося недостатньо уваги. Низка досліджень зарубіжних науковців стосуються окремих демографічних аспектів цієї тематики. Так, вплив соціально-економічних факторів на зростання ризику мертвнонародження, а також вплив соціально-демографічних характеристик, як-от: спосіб життя батьків під час зачаття та вагітності, їх соціальний статус, вік матері тощо на прикладі країн Скандинавського регіону досліджували А. Ром, Л. Мортенсен, О. Стефансон, П. Дікман [15, 17]. Вагомий внесок у дослідження цієї проблеми зробили також А. ван дер Мейл, А. Доннер, Д. Бейрд, Дж. Герсен, Л. Сей, Л. Хуанг, Р. Соув [10, 11, 12, 13].

Серед російських вчених проблемі репродуктивних втрат, і зокрема втрат від мертворожень, присвячені роботи В. Сакевич, В. Серова, Г. Бурдулі, К. Кваши, Л. Суханової, О. Фролової, Т. Кузнецової.

У вітчизняній науці медичні аспекти даної проблематики вивчають Н. Жилка, О. Тимченко, О. Линчак, Т. Іркіна [1, 8, 9]. Окремим питанням репродуктивних розладів та їх демографічних наслідків присвячені і роботи вітчизняних демографів, серед яких В. Стешенко, І. Курило, Н. Левчук, Н. Рингач.

**Метою** даної роботи є дослідження динаміки репродуктивних втрат внаслідок мертворожень в Україні та її регіонах, характеристика їх особливостей, факторів, що на них впливають, а також їх медико-демографічних наслідків.

**Виклад основного матеріалу.** Ситуація з рівнем та динамікою мертворожень у світі є доволі неоднозначною. У цілому в світі щороку трапляється 3,2 млн. випадків мертвороження, переважна більшість яких припадає на менш розвинуті країни. Поширеність мертворожень зазвичай становить близько 1% від усіх пологів у більш розвинутих країнах світу і може перевищувати 3% – у менш розвинених регіонах [12]. Проте кожній країні притаманні свої особливості динаміки рівня даного показника. Слід зазначити, що Україна, разом з Болгарією та деякими країнами – республіками колишнього Радянського Союзу (Латвією, Молдовою і РФ), належить до країн Європи з високим рівнем мертвороженості (рис. 1). Найнижчий рівень мертвороженості в Європі мають Чехія, Швеція, Фінляндія, Греція, Австрія та Норвегія. Низька частота мертворожень у цих країнах органічно пов'язана із рівнем добробуту та соціального благополуччя.



Джерело: *European health for all database (HFA-DB)*

**Рис. 1. Кількість мертворожених на 1000 народжених живими в Україні та окремих країнах європейського регіону у 2009 р.**

Вперше взаємозв'язок між рівнем соціально-економічного добробуту матері та рівнем мертвонародженості описав Д. Бейрд [10]. Відповідні дослідження показали, що на зростання рівня мертвонародженості впливає низький соціальний статус жінок. Найважливіші характеристики, що визначають соціально-економічний статус матері: освіта та рівень доходів, житлові умови та умови праці справляють істотний вплив на стан здоров'я жінки та плоду, перебіг та результат вагітності. Так, рівень доходів впливає на споживання продуктів харчування, умови побуту, обумовлює диференціацію доступності споживання якісних послуг, зокрема можливість отримання кваліфікованої медичної допомоги. Зрештою, жінки з нижчим соціальним статусом, не маючи достатнього рівня доходів, а відтак – якісного і повноцінного харчування та соціального забезпечення, отримують менше уваги та належного обстеження в закладах допологової та акушерської допомоги під час вагітності або пологів [17, с.1300; 11].

На збільшення рівня мертвонародженості також може впливати підвищення віку матері, адже за останні кілька десятиліть зросла частка жінок, які народжують після 30 років. Так, із 37 досліджень, які провели канадські вчені, у 80% було встановлено статистично значуще збільшення випадків мертвонародження серед вагітних жінок старших 30-річного віку [13, с. 166]. Тісний зв'язок між рівнем мертвонародженості та підвищенням віку матері може бути зумовлений певними репродуктивними проблемами, що з'являються у жінок з віком. Зокрема, з віком у жінки виникають або загострюються хронічні захворювання, а саме: серцево-судинної та сечостатевої систем; зростає ризик розвитку цукрового діабету вагітних; як наслідок прояву йододефіциту в організмі жінки, підвищуються ризики захворюваності щитоподібної залози (гіпотиреоз, тиреотоксикоз), а відтак – загрозливого характеру набувають ускладнення вагітності та пологів.

Далеко не останню роль щодо репродуктивного здоров'я жінок, а отже, їх репродуктивних невдач або успіхів, відіграє і рівень освіти й обізнаності жінок стосовно ведення здорового способу життя під час зачаття та вагітності [15]. Саме ступінь освіченості може вплинути на спосіб життя жінки під час вагітності та попередити ризики мертвонароджень. На основі результатів Медико-демографічного обстеження України 2007 р., можна зауважити, що разючі відмінності щодо частоти мертвонароджень за рівнем освіти матері в Україні не спостерігалися. Рівень мертвонародженості становив 2‰ і був однаковим як у жінок із середнім або низьким рівнем освіти, так і у жінок з освітою вище середнього рівня [6, с. 112].

Куріння (і активне, і пасивне), надмірна вага та вживання алкоголю, за дослідженнями Стефансона та ін. [17], можуть призводити до неправильного розвитку плаценти, затримки росту плоду, передчасних пологів і, врешті-решт, збільшують ризик втрати плоду. Так, куріння більше 3 сигарет на день збільшує ризик мертвонароджень на 50% (порівняно з тими, хто не курить). За одним із останніх вітчизняних досліджень, що стосувалося молоді віком від 15 до 34 років, поширеність тютюнопаління в нашій країні є високою, причому у жінок найвищі ризики куріння припадають на вік високої репродуктивної активності – 25–29 років [7, с.105]. Щодо поширеності надмірної ваги серед молодих жінок, то найвищі її показники зафіксовано у віці 25–34 роки. Дія алкоголю на підвищення ризику втрати плоду залежить від кількості споживаного і віку матері [11, с.382–383]. Серед молодіжних вікових контингентів найвищий показник вживання алкоголю два–три рази на тиждень зафіксовано у вікових групах 18–20 років та 26–30 років, а вживання наркотиків – у віці 18–20 років [7, с. 94–101].

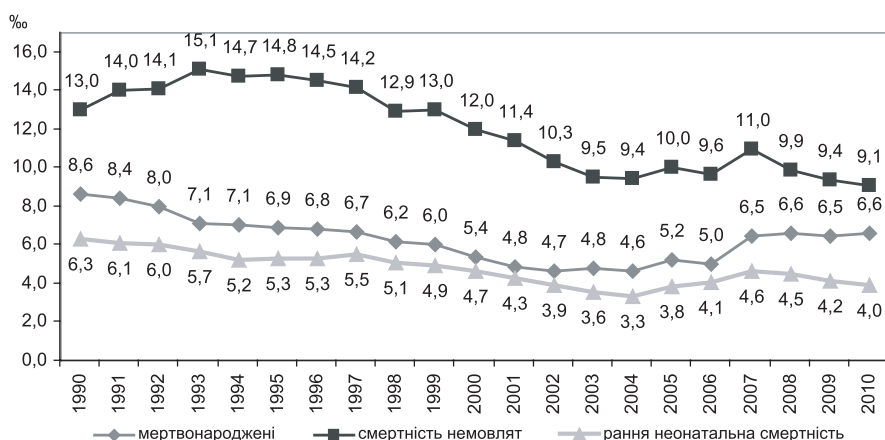
Вивчаючи рівні перинатальних втрат на основі статистичних даних та даних спеціальних реєстрів, науковці дійшли висновку, що чверть століття тому репродуктивні втрати від мертвонароджень головним чином виникали внаслідок інфекційних захворювань, а на

початку XXI ст. серед причин таких втрат стали переважати вроджені вади (хромосомні аномалії; причини, викликані генетичними, природними або взагалі невідомими факторами) [2]. Суттєвим залишається зростання ризику втрати плоду пов'язані з ВІЛ-інфекцією та захворюваністю на СНІД, адже у ВІЛ-позитивних жінок виникають ускладнення перебігу вагітності (самовільні викидні, гіпотрофія плоду, мертвонародження, передчасні пологи), а у неінфікованих малюків, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, на першому році життя спостерігається вищий ризик смерті від вад розвитку, інфекцій, нещасних випадків, синдрому раптової смерті [4, с. 122].

До найбільш поширених причин мертвонародження медики також відносять плацентарні проблеми, затримку росту плоду, внутрішньоутробні бактеріальні та вірусні інфекції. Інші причини мертвонароджень включають: асфіксію, переривання пуповини, травми, материнський діабет і високий кров'яний тиск, перенесену вагітність. Однак навіть після ретельного вивчення всього ряду причин, близько 50% з них все ж залишаються невідомими.

Для багатьох батьків втрата плоду внаслідок мертвонародження є цілком несподіваною, тому що більше половини всіх мертвонароджень трапляються в жінок, які нібито не мали проблем. Із загальної кількості випадків мертвонародження переважна більшість (86%) трапляються перед початком пологів, 14% – під час пологів [14].

Розглядаючи ситуацію з перинатальними втратами за останнє двадцятиліття в Україні, варто зазначити, що в цілому рівень перинатальної смертності мав тенденцію до спадання. Так, рівень мертвонародженості знижувався з 1990 по 2003 р., після чого в його динаміці переважали стагнаційні процеси, а подеколи спостерігались підйоми (рис. 2). Однак у підсумку за станом на 2010 р. він залишався на 2,0 пром. пункти нижчим, ніж у 1990 р. Крива смертності у ранньому неонатальному періоді за вказаний проміжок часу за своїм обрисом є близькою до коливань показника мертвонародженості, і у 2010 р. показник ранньої неонатальної смертності, порівнюючи з 1990 р., знизився на 2,1 пром. пункти.



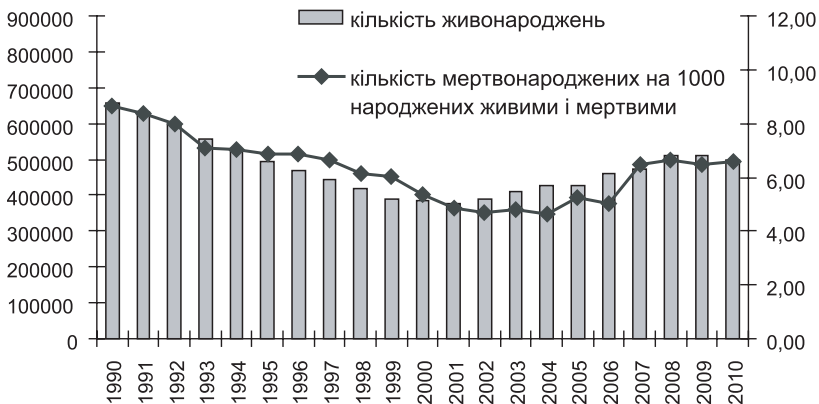
Джерело: за даними Держкомстату України

**Рис. 2.** Рівень мертвонародженості, смертності немовлят та ранньої неонатальної смертності на 1000 народжених живими і мертвими в Україні у 1990–2010 рр.

Інтерес становить також смертність дітей першого року життя як важливого індикатора рівня розвитку охорони здоров'я. Показник смертності немовлят мав тенденцію до підвищення у першій третині 1990-х рр., надалі фіксувалося його поступове зниження аж до 2006 р. Різке підвищення показника у 2007 р. пов'язане зі змінами у визначенні критеріїв перинатального періоду, після чого рівень стабілізувався і знову намітилась тенденція до скорочення.

Загалом, незважаючи на обнадійливу динаміку перинатальних втрат, рівень мертворожденості все ж залишається високим і на 2010 р. становив 6,6 на 1000 народжених живими і мертвими, а подекуди сягав й 7,5‰ – 9‰ залежно від регіону.

Безумовним є взаємозв'язок рівнів мертворожденості та народжуваності. Уявлення про співвідношення рівнів мертворожденості та народжуваності в Україні за останні двадцять років дає рис. 3. На ньому видно, що до 1994 р. обидва показники мали тенденцію до зниження. Однак у період з 1995 р. до 2000 р. синхронність динаміки цих показників порушується. З одного боку, певну роль у такій динаміці мертвородження відіграли зміни щодо визначення критеріїв живонароджуваності, мертворожденості та перинатального періоду, що відбулись у 1996 р. згідно з Державною програмою переходу України на міжнародну систему обліку і статистики. Відповідно до цих змін мертвородженням вважався плід, вилучений із організму матері незалежно від тривалості вагітності та за відсутності будь-яких ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація пуповини або визначені рухи довільної мускулатури. Хоча зміни у визначенні критеріїв живонародженості, мертворожденості перинатального періоду начебто відповідають рекомендаціям ВООЗ за врахуванням 4-х ознак життя, однак існував ще порядок реєстрації живо- і мертвороджених, визначений МОЗ України, в якому зазначалося, що реєструвалися лише народжені живими або мертвими з масою тіла 1000 г і більше. А отже, мертворожені з меншою масою тіла не підлягали реєстрації, і їх записували як пізні викидні [5, с.61]. Відтак, вірогідно, що кількість мертвороджених, а, відповідно, і показник мертворожденості в даний період применшувались. З другого боку, скорочення рівня мертворожденості в умовах різкого спаду народжуваності у цей період пов'язано з поліпшенням роботи перинатальних служб, організацією спеціальних акушерських та реанімаційних служб для новонароджених.



Джерело: за даними Держкомстату України

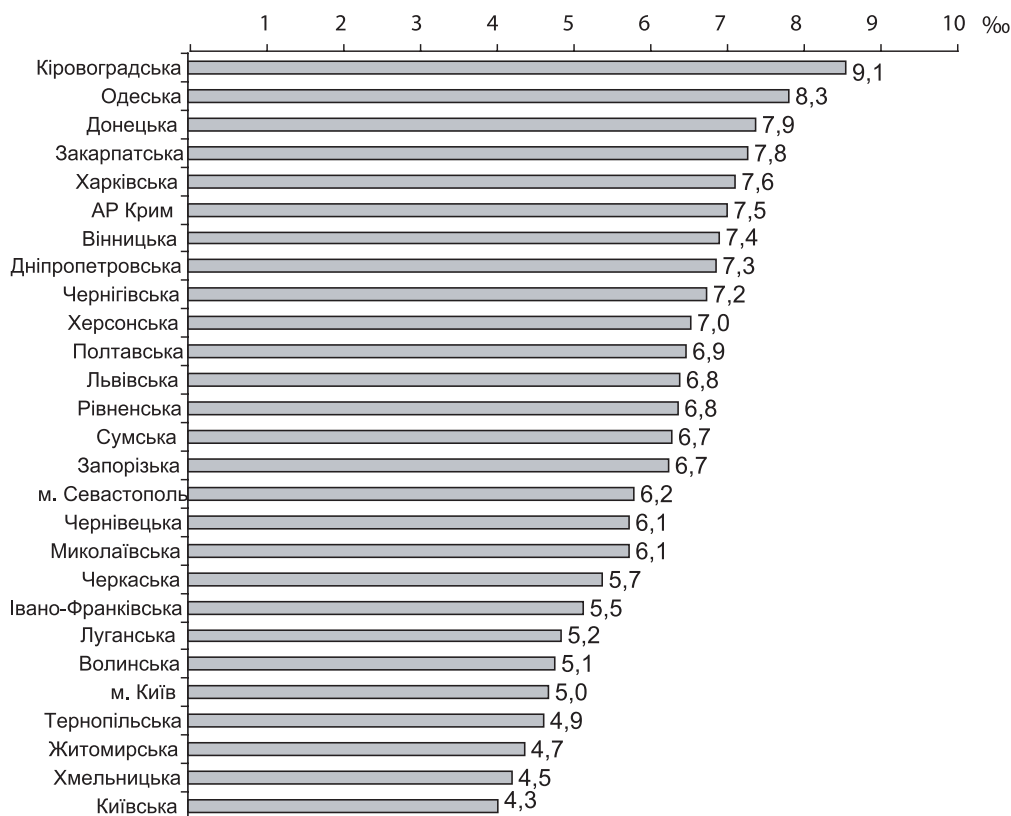
**Рис. 3. Динаміка чисельності живонароджених та рівня мертворожденості (на 1000 народжених живими і мертвими) в Україні у 1990–2010 рр.**

Різкий стрибок показника мертвонародженості у 2007 р. можна пояснити переходом на нові критерії, затверджені у 2006 р. наказом Міністерства охорони здоров'я України №179 від 29.03.2006 «Про затвердження інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості», згідно з яким знову було запроваджено зміни щодо визначення мертвонародження. За інструкцією, мертвонародженим нині вважається плід, вигнаний або вилучений із організму матері з 22-го повного тижня вагітності і вже з масою тіла не 1000 г, а 500 г та більше, який не дихає та не виявляє інших ознак життя, таких як серцебиття, пульсація пуповини або певні рухи скелетних м'язів.

Нинішня несприятлива динаміка рівня мертвонародженості пояснюється також проявами кризи соціально-економічної сфери, у тому числі кризи у галузі охорони здоров'я. Актуальними є питання необхідного матеріально-технічного оснащення та науково-кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я. Своєчасне спостереження за вагітними, виявлення, лікування та профілактика інфекційних захворювань дають змогу виявити фактори ризику для матері і плоду. Нерозв'язною залишається проблема діючої сьогодні радянської моделі системи охорони здоров'я, що не відповідає сучасним реаліям. Реформування потребують медико-акушерські, перинатальні та неонатальні служби охорони здоров'я населення України. Важливими є питання забезпечення якісної антенатальної допомоги, адже різні захворювання і до вагітності, і під час вагітності жінки можуть негативно позначитися на стані плоду і в подальшому призвести не лише до недоношування, вад розвитку, а й до репродуктивних втрат, пов'язаних з мертвонароджуваністю.

Наслідки спричинені мертвонародженням вкрай негативні і впливають безпосередньо як на стан репродуктивної функції жінок, призводячи до певної патології та ускладнень наступних вагітностей, так і спричиняють значні психологічні проблеми, що з часом можуть призвести до психічних та нервових розладів, небажання мати дитину, загострення сімейних конфліктів, а подекуди й до розпаду шлюбів на фоні емоційних переживань від втрати. Причому, як це підтверджується результатами досліджень, психоемоційні проблеми переживають не лише жінки, а й чоловіки, просто чоловіки можуть не виражати свої переживання з цього приводу, а переносити «у собі» тяжку втрату внаслідок мертвонародження [16, с. 210].

Становить інтерес аналіз регіональних особливостей показника мертвонародженості. За його результатами можна констатувати наявність значної територіальної диференціації рівня мертвонародженості в Україні: від 4,3 на 1000 народжених живими і мертвими у Київській області до 9,1 ‰ у Кіровоградській (рис. 4). У переважній більшості регіонів України рівень мертвонародженості високий і сягає від 6,0 ‰ до 8,0 ‰. Серед них перевищенням показника над середньоукраїнським рівнем (6,6 ‰) вирізняються: Запорізька (6,7 ‰), Сумська (6,7 ‰), Львівська (6,8 ‰), Рівненська (6,8 ‰), Дніпропетровська (7,3 ‰), Вінницька (7,4 ‰), Харківська (7,6 ‰). Натомість, до областей з найнижчим рівнем мертвонародженості належать Хмельницька (4,5 ‰), Житомирська (4,7 ‰), Тернопільська (4,9 ‰), Волинська (5,1 ‰) та м. Київ (5,0 ‰). Необхідно зауважити, що потрапляння в один ряд за рівнем мертвонародженості дуже різних за соціально-економічними характеристиками регіонів (наприклад, Київська, Хмельницька, Тернопільська обл.) може свідчити про різний ступінь достовірності обліку мертвонароджених у регіонах. Достовірність регіональної статистики мертвонароджених ускладнюється випадками применшення чи перекручування даних, коли мертвонароджених можуть віднести до пізніх викиднів, а недоношених новонароджених, які померли протягом перших семи днів, можуть записати у статистику мертвонароджених, а не народжених живими і померлих [5, с. 64–65].



Джерело: за даними Держкомстату України

Рис. 4. Рівень мертвонародженості за регіонами України у 2010 р.

Для узагальнення регіональних особливостей рівня та динаміки мертвонародженості в Україні ми скористалися демографічним районуванням<sup>1</sup> [3, с. 393–394] та розрахували відповідні показники для виділених груп районів за 2000, 2005, 2010 рр. (табл. 1). Аналізуючи динаміку показника мертвонародженості в Україні за перше десятиріччя поточного століття, слід зазначити, що частота втрат плоду внаслідок мертвонароджень зростала протягом вказаного періоду в усіх виділених групах районів, а також, що вже згадуваний перехід на критерії визначення живо- і мертвонародження у 2006 р. спричинив різкий стрибок показника мертвонародженості у 2007 р. по всіх виділених групах районів країни. Особливо вирізнялися Північно-Східний та Південно-Східний райони, де рівень мертвонародженості зріс у 2007 р., порівняно з 2005 р., на 1,9 та 1,8 пром. пункти відповідно.

Максимальний показник мертвонародженості у 2010 р. спостерігався у Південному районі України, при цьому він зріс із 6,0‰ у 2000 р., до 7,5‰ у 2010 р. Високими показниками виділяються також Одеська область та АР Крим (у 2010 р. – 8,3‰ та 7,5‰ відповідно).

<sup>1</sup> Згідно з демографічним районуванням до Західного демографічного району віднесено Волинську, Закарпатську, Івано-Франківську, Львівську, Рівненську, Тернопільську та Чернівецьку області; до Центрального – Вінницьку, Житомирську, Кіровоградську, Київську, Хмельницьку та Черкаську; до Північно-Східного – Полтавську, Сумську, Чернігівську; до Південного – АР Крим, Миколаївську, Одеську та Херсонську; до Південно-Східного – Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Луганську та Харківську.

Таблиця 1

Динаміка рівня мертвонародженості за районами України у 2000, 2005 та 2010 рр., ‰

Райони	Роки	2000	2005	2010
Західний		5,3	5,2	6,3
Центральний		5,4	5,9	6,2
Північно-Східний		4,7	4,4	6,0
Південний		6,0	5,8	7,5
Південно -Східний		5,3	5,2	7,1

Джерело: розрахунки автора за даними Держкомстату України

Найменший рівень мертвонародженості спостерігався у Північно-Східному районі, де, однак, також зростав рівень мертвонародженості – із 4,7‰ до 6,0‰ за відповідний проміжок часу. Серед областей цього регіону найвищими показниками мертвонародженості вирізняються Чернігівська та Полтавська області (7,2‰ та 6,9‰ відповідно).

Південно-Східний район відзначається зростанням показника мертвонародженості за цей період із 5,3‰ до 7,1‰, зокрема, найвищий рівень мертвонародженості спостерігається у Дніпропетровській (7,3‰) та Харківській (7,6‰) областях.

Рівень мертвонародженості в областях Західного та Центрального демографічного району був меншим за середній по Україні (6,6‰). Та все ж і у Західному районі за рівнем мертвонародженості значно виділяються Львівська (6,8‰) та Рівненська області (6,8‰), а у Центральному – Вінницька (7,4‰).

Регіональна диференціація мертвонародженості пов'язана як з економічними проблемами, так і несприятливим станом навколишнього середовища та певними проблемами щодо доступу населення до якісного медичного обслуговування. Так, у регіонах з найвищим рівнем мертвонародженості (промислові області Південного та Південно-Східного району), окрім гострих екологічних проблем, спостерігається висока захворюваність жінок на екстрагенітальну патологію, а також найвища поширеність абортів (17,5‰ та 16,0‰ відповідно у 2009 р.), що негативно позначається на репродуктивному здоров'ї матерів і підвищує ризик втрати плоду. І, навпаки, у регіонах з меншим рівнем захворюваності, нижчою розповсюдженістю абортів рівень мертвонародженості порівняно нижчий (Західний, Північно-Східний, Центральний райони).

Рівень мертвонародженості в Україні дещо відрізняється і за типом поселення. Так, розглядаючи ці відмінності, можна сказати, що даний показник вище у сільській місцевості (7,1 на 1000 народжених живими і мертвими), ніж у міських поселеннях (6,3 на 1000 народжених живими і мертвими).

**Висновки.** Мертвонародження є не лише однією із вагомих складових репродуктивних втрат, а й важливим індикатором рівня розвитку галузі охорони здоров'я, загального соціального та медико-демографічного благополуччя. Основними причинами мертвонародження науковці називають плацентарні проблеми, затримку росту плоду, внутрішньоутробні бактеріальні та вірусні інфекції, асфіксію, переривання пуповини, травми, материнський діабет, високий кров'яний тиск тощо. Разом з тим ці причини обумовлені низкою факторів, що їх детермінують, а саме: складною соціально-економічною ситуацією, екологічними негараздами, поширенням епідемій соціально небезпечних хвороб, способом життя жінки під час зачаття і вагітності (куріння, вживання алкоголю і сексуальна активність), ступенем освіченості матері, її низьким соціально-економічним статусом.



Випадки втрати плоду можуть призвести до тяжких проблем із репродуктивним здоров'ям у жінки (напр., інфекція матки, проблеми зі згортанням крові тощо), що потребують тривалого лікування, призводять до зростання ризику подальших мертвонароджень й інших ускладнень щодо народження дитини та до проблем із зачаттям. Отже, проблема мертвонароджень, рівень та динаміка яких тісно пов'язані зі станом репродуктивного і соматичного здоров'я і народжуваністю, є особливо актуальною в умовах нинішньої складної демографічної ситуації в Україні.

За останні десятиліття у динаміці показника мертвонародженості хоча і проявлялися тенденції до спадання, однак рівень мертвонародженості в Україні все ще залишається доволі високим (6,6‰). Спостерігається значна територіальна диференціація рівня мертвонародженості: від 4,3 на 1000 народжених живими і мертвими у Київській області до 9,1 ‰ у Кіровоградській. При цьому необхідно враховувати ступінь достовірності регіонального обліку мертвонароджених, що в різних регіонах наразі викликає сумніви у якості, повноті та прозорості статистичних даних.

За результатами проведеного демографічного районування найбільш несприятлива ситуація у Південному та Південно-Східному районах – тут рівень мертвонародженості найвищий в країні, що корелює з незадовільним станом репродуктивного здоров'я жінок і з низьким рівнем народжуваності. Найменший показник мертвонародження нині характерний для областей Північно-Східного району, для областей Центрального та Західного районів – менший за середньоукраїнський. Що стосується відмінностей даного показника за типом поселень, то рівень мертвонародженості був вищим для жінок у сільській місцевості, ніж у міських поселеннях переважної більшості регіонів України.

Для ефективнішої профілактики втрати плоду внаслідок мертвонародження необхідні удосконалення роботи служб допологової та акушерської допомоги, впровадження новітніх технологій в роботу лікувально-профілактичних закладів, своєчасне виявлення проблем у жінки або плоду, попередження наслідків мертвонародження та надання психологічної підтримки батькам (зокрема, створення відповідних спеціальних центрів або служб), пропаганда здорового способу життя. Своєчасна і якісна діагностика стану вагітної жінки і плоду та покращення соціально-економічних умов життя населення мають відігравати провідну роль у зниженні репродуктивних втрат внаслідок мертвонародження в Україні.

### Джерела

1. Бурдули Г.М., Фролова О. Г., Серов В.Н. [и др.] / Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). – М.: Триада – X, 1997. – 188 с.
2. Гойда Н. Г. Аналіз стану здоров'я дітей та жінок в Україні // Мистецтво лікування. – 2005. – №10(26) – <http://m-l.com.ua/?aid=665>
3. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / За ред. В. С. Стещенко – К.: НАН України, Ін-т економіки, 2001. – 560 с.
4. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Діагностика, лікування та соціально-психологічна підтримка людей, які живуть з ВІЛ. – К.: «Версо-04», 2010. – 144 с.
5. Левчук Н. Смертність немовлят в Україні: ілюзії та реальність / Демографічні дослідження. Випуск 24: зб. наук. праць / НАН України, Ін-т економіки. – К., 2002. – С. 45–72.
6. Медико-демографічне обстеження населення України 2007 року. – Calverton, Maryland, США: Український центр соціальних реформ, Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров'я України та Masco International Inc., 2008. – 336 с.
7. Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти / За ред. Е.М.Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. – 248 с.
8. Тимченко О.І. Генофонд і здоров'я: розвиток методології оцінки / О.І. Тимченко, А.М. Сердюк, С.С. Карташова. – К.: Медінформ, 2008. – 184 с.

9. Тимченко О.І., Линчак О.В., Курило І.О. Генофонд і здоров'я: значення соціально-економічних чинників у виникненні репродуктивних розладів серед жінок України. – К.: МВЦ «Медінформ», 2010 – 150 с.

10. Baird D. The Influence of Social and Economic Factors on Stillbirths and Neonatal Deaths // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology – Volume 52, Issue 4. – 1945. – P. 339–366.

11. Joop Garssen, Anouschka van der Meulen Perinatal mortality in the Netherlands. Backgrounds of a worsening international ranking // Demographic Research – Volume 11, Article 13. – 2004. – P. 357–394.

12. Lale Say, Allan Donner et al. The prevalence of stillbirth: a systematic review// Reproductive Health. – Volume 3, Issue 4. – 2006. – P. 357–394.

13. Ling Huang, Reg Sauve et al. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review / CMAJ Research – January, 2008. – P.165 – 172.

14. “March of Dimes”. Американська неурядова організація запобігання вродженим вадам розвитку. – <http://www.marchofdimes.com/default.html>

15. Rom A.L., Mortensen L.H., Cnattingius S. et al. A comparative study of educational inequality in the risk of stillbirth in Denmark, Finland, Norway and Sweden 1981–2000 / Journal of Epidemiology and Community Health. – 2010. – P.1–7.

16. Sutan R., Amin R., Ariffin K. et al. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight // Journal of Zhejiang University-SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology). – Volume 11(3). – 2010. – P. 209–217.

17. Stephansson O., Dickman P.W. et al. The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden // International journal of epidemiology. – Great Britain. – 2001. – №30. – P. 1296–1301.

**Анотація.** Статтю присвячено дослідженню динаміки репродуктивних втрат внаслідок мертворожень. Розглянуто причини та характер впливу окремих соціально-демографічних та соціально-економічних факторів на рівень мертвороженості. Визначено основні тенденції рівня мертворожень в Україні та її регіонах, а також їх медико-демографічні наслідки.

**Аннотация.** Статья посвящена исследованию динамики репродуктивных потерь вследствие мертворождений. Рассмотрены причины и характер влияния отдельных социально-демографических и социально-экономических факторов на уровень мертворожденности. Определены основные тенденции уровня мертворождений в Украине и ее регионах, а также их медико-демографические последствия.

**Summary.** The article deals with the level of stillbirths, as one of the factors for reproductive losses. The author considers the causes and nature of the influence of some socio-demographic and socio-economic factors and a number of biological conditions (such as congenital anomalies, infections, various chronic mothers' diseases) on the stillbirth.

The main trends in the level of stillbirths in Ukraine and its regions, its features, and medical and demographic consequences are given. It is demonstrated, that in 2010 the South region of Ukraine has the highest level of stillbirths in the country, which negatively affects on women's reproductive health, and hence on the level of fertility. The lowest stillbirth rate has North-Eastern region. Instead, stillbirth rate of Central and Western regions are less than the average level. Recommendations for reducing stillbirth are presented. Prevention of maternal losses due to stillbirths should be improvement of health services, prenatal and obstetric care, timely identification of problems in the woman or the fetus and psychological support to parents.

**Ключові слова:** мертвородження, репродуктивні втрати, народжуваність, репродуктивне здоров'я, чинники мертвородження.

**Ключевые слова:** мертворождения, репродуктивные потери, рождаемость, репродуктивное здоровье, факторы мертворождения.

**Key words:** stillbirth, reproductive loss, fertility, reproductive health, factors of stillbirth.

Стаття надійшла до редакції журналу 14.06.2011 р.