

# СУЧАСНИЙ СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЖІНОК УКРАЇНИ

## ВСТУП

В Україні в останні десятиріччя погіршились умови відтворення трудових ресурсів, їхні кількісні й якісні характеристики, здатність до самовідтворення [7, 18]. Це зумовлено несприятливою ситуацією як у кількісному (зменшення чисельності населення, надвисокої смертності при низькій народжуваності), так і в якісному (низька очікувана тривалість життя, демографічне старіння населення) відношенні. За даними Інституту демографії НАН України, у 2026 р. загальна кількість населення країни скоротиться до 36 млн, а у 2050 р. – до 34,8 млн. осіб [10, 22].

В умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності українців найважливішою проблемою демографічної політики є відтворення населення, основу якого формує народжуваність, збереження репродуктивного здоров'я як соціально-біологічного фактора його відтворення, підвищення репродуктивного потенціалу (РП) і збереження здоров'я покоління, що народжується [2, 21].

РП – це рівень фізичного і психічного стану окремої людини (комплексний індивідуальний показник, що відображає єдність біологічного і соціального стану індивіда), який в оптимальному випадку дозволяє при досягненні соціальної зрілості відтворювати здорове потомство і забезпечувати баланс репродуктивного здоров'я. Оптимальний випадок – це мінімальний негативний вплив медико-соціальних факторів ризику при високих біологічних резервах організму [5, 6].

РП має складну структуру, основними компонентами якої є рівень народжуваності, репродуктивне здоров'я та репродуктивна поведінка населення – складові загрози репродукції особи [23]. При аналізі різних сторін РП як складової відтворення населення розглядаються наступні індикатори: народжуваність, безпліддя, захворюваність жінок, що виникла в період вагітності або в попередній період; поширеність абортів, рівні материнської, перинатальної, малюкової смертності [2, 16]. Принциповою особливістю РП і репродуктивних втрат є зокрема їхня очевидна демографічна значущість, залежність від медико-організаційних чинників і соціальні особливості життя населення [14, 17, 24].

Реалізація потенціалу сексуального та репродуктивного здоров'я передбачена Планом дій з охорони сексуального і репродуктивно-

го здоров'я на підтримку виконання «Порядку денного в галузі сталого розвитку на період до 2030 р. в Європі – нікого не залишити без уваги» (ВООЗ, 2016) [9, 25].

**Метою дослідження** був ретроспективний аналіз основних компонентів РП жінок України в динаміці за період 2000–2018 рр.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено ретроспективний аналіз і оцінку динаміки показників РП та відтворення населення України за даними Державної служби статистики України та ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2000–2018 рр. Використано методи системного підходу, структурно-логічного, епідеміологічного аналізу.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Динамічний ряд показників репродуктивного процесу в Україні за своїм змістом має хвилеподібний характер – різке погіршення показників відтворення населення у перше десятиріччя незалежності України з тенденцією до їх збільшення в XXI ст. (зростання загального коефіцієнта народжуваності з 7,7 на 1000 наявного населення у 2000 р. до 11,4 у 2012 р.) з подальшою тенденцією до його погіршення – 8,7 у 2018 р. В цілому рівень народжуваності в Україні залишається низьким і компенсує смертність лише на 57,15% (2018 р.).

Більш вичерпну характеристику РП дає спеціальний коефіцієнт народжуваності, який залежить від вікової структури жіночого населення та вікових коефіцієнтів народжуваності. У XXI ст. в Україні підвищення за віковими коефіцієнтами було характерно для більшості 5-річних вікових груп жінок, за винятком груп 15–19 років та 20–24 роки, в яких інтенсивність дітонародження зменшилася з 32,1 і 94,9 на 1000 жінок відповідного віку у 2000 р. та до 19,7 і 73,3 у 2018 р. відповідно. Що старшими були жінки репродуктивного віку, то вищим був темп приросту вікових коефіцієнтів народжуваності для відповідних груп: темп приросту у 2018 р. порівняно з 2000 р. у віковій групі жінок 25–29 років становив 46,62%, 30–34 роки – 112,45%, 35–39 років – 206,89%, 40–44 роки – 205,25% і 45–49 років – 600%. В цілому спеціальний коефіцієнт народжуваності (кількість живонароджених на 1000 жінок фертильного віку) за

**Ю.Г. АНТИПКІН**

д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ  
ORCID: 0000-0002-8018-4393

**В.Ф. ЛАПШИН**

д. мед. н., професор, заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ  
ORCID: 0000-0003-1896-1865

**Р.В. МАРУШКО**

д. мед. н., завідувач науково-організаційним відділенням ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ  
ORCID: 0000-0001-7855-1679

**О.О. ДУДІНА**

к. мед. н., провідний науковий співробітник науково-організаційного відділення ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ  
ORCID: 0000-0001-9828-976X

**Н.Ю. БОНДАРЕНКО**

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ  
ORCID: 0000-0001-6858-8814

Контакти :

Антипкін Юрій Геннадійович  
ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»  
04050, Київ, П. Майбороди, 8  
Тел.: +38 (044) 483 80 67  
email: ipag@ukr.net

# ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

період 2000–2018 рр. збільшився з 30,6‰ до 36,9‰ (темп приросту – 20,6%).

Згідно з результатами демографічного обстеження дітородних орієнтацій у країнах Європейського Союзу, середнім ідеальним віком для народження дитини є 25 років, а верхньою межею для материнства жінки – 39 років. В Україні поступово формується модель вікової народжуваності за взірцем багатьох розвинутих країн Європи: зменшується внесок у загальну народжуваність молодих жінок (15–19 років) – 15,5% у 2000 р. і 4,83% у 2018 р. і підвищується внесок старших (35–49 років) – 5,6% у 2000 р. і 14,62% у 2018 р. При цьому найбільший вплив на забезпечення відтворення населення має репродуктивна поведінка жінок віком 20–24 і 25–29 років, бо саме в цьому віці рівень народжуваності в жінок є найвищим (73,3 і 80,3 на 1000 жінок відповідного віку). Внесок цих жінок у загальну народжуваність становив 67,7% у 2000 р. і 54,28% у 2018 р. Збільшився і середній вік матері при народженні дитини, який характеризує інтервал часу між народженням матері і народженням її дітей – з 23,9 до 28,3 року. Збільшення цього інтервалу сприяє подовженню циклу відновлення поколінь.

Узагальнюючим показником відтворення материнського покоління, що не залежить від структури реального населення, є сумарний коефіцієнт народжуваності. Аби покоління батьків чисельно заміщувалося поколінням дітей, треба щоб на одну жінку припадало 2,13–2,15 дитини. Існує думка, що значення сумарного показника народжуваності в 1,5 дитини на одну жінку є граничним, а нижчий від такого рівень народжуваності приводить у дію механізми, які здатні самопосилуватися та спрямовані на подальше зниження народжуваності, в результаті чого виникає так звана «пастка низької народжуваності». В Україні з 60-х років минулого століття показники сумарної народжуваності залишаються

в зоні депопуляції, і кожне наступне покоління чисельно є меншим за попереднє.

Аналіз народжуваності в Україні в залежності від кількості жінок фертильного віку засвідчив, що сумарний коефіцієнт народжуваності (середнє число дітей, народжених жінкою за своє життя) збільшувався до 2012 р. дещо меншою мірою (на 42,8% порівняно з 2000 р.), ніж загальний коефіцієнт народжуваності (число народжених на 1000 населення) – на 48,1% за ті ж роки. Сумарний коефіцієнт народжуваності збільшився з 1,11 в 2000 р. до 1,6 у 2012 р. з подальшим зменшенням до 1,3 у 2018 р. Ці тенденції сумарного коефіцієнта народжуваності характерні як для сільських місцевостей (1,51 у 2000 р., 1,8 у 2012 р. і 1,52 у 2017 р.), так і міських поселень – 0,96, 1,4 і 1,28 відповідно (рис. 1).

За середньопрогнозними даними Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України [10, 13], сумарний коефіцієнт народжуваності збільшиться до 1,62 у 2025 р., до 1,64 у 2030 р. і до 1,68 у 2050 р., що не дозволяє забезпечити покоління батьків поколінням дітей.

Слід зауважити, що більшість розвинутих країн сучасного світу вже тривалий час перебувають у стані звуженого режиму відтворення, ознаками якого є доволі висока тривалість життя, низька або надзвичайно низька народжуваність і, відповідно, нульовий чи від'ємний приріст чисельності населення. Небезпечність демографічних змін в Україні полягає в тому, що за період її існування як суверенної держави від'ємний природний приріст (убуток) населення набув сталого затяжного характеру – 7,5 на 1000 осіб наявного населення у 2000 р. з подальшою тенденцією до зменшення щороку до 3,1 у 2012 р. і зростанням до 6,1 у 2018 р.

Наявна несприятлива демографічна ситуація, що характеризується природним спадом, визначає особливу соціальну

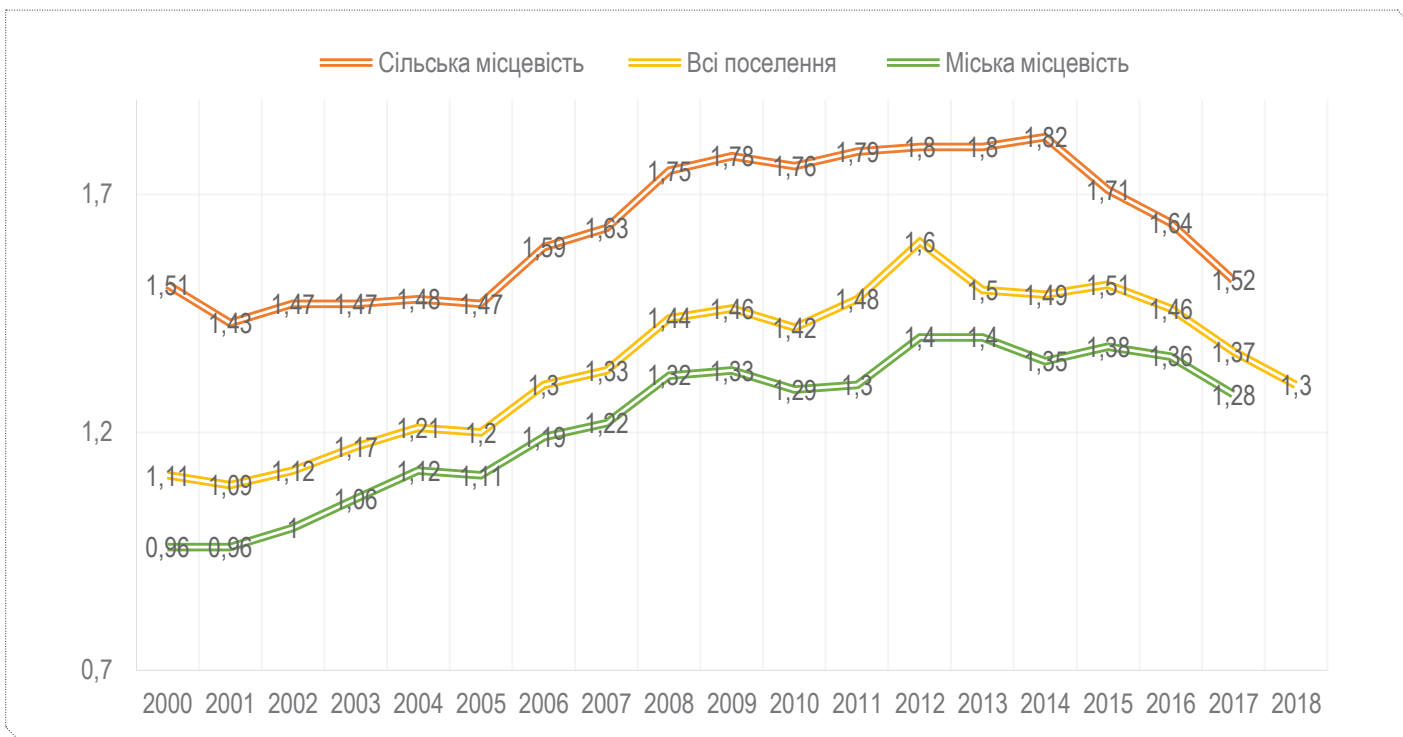


Рисунок 1. Динаміка сумарного коефіцієнта народжуваності в Україні за типами поселень у 2000–2018 рр.

і політичну значимість проблеми підвищення народжуваності і зниження репродуктивних втрат. Це питання особливо актуальне сьогодні в зв'язку із майбутнім зниженням народжуваності через зменшення чисельності жінок фертильного віку. І в цих умовах збереження кожного життя і кожної бажаної вагітності є головним завданням соціальної політики та репродуктивної медицини. Пошук резервів, хоча б стабілізації народжуваності за рахунок усіх можливих джерел, включаючи проблеми РП жінок, зумовлений тим, що масована соціальна підтримка сімей, яка до того ж не обіцяє істотного приросту народжуваності, видається в сучасних соціально-економічних умовах проблематичною.

Характерно, що зростання народжуваності супроводжувалося позитивною тенденцією репродуктивної поведінки жінок (зменшення у 4,2 разу штучних абортів із 29,13 у 2000 р. до 6,9 у 2018 р. на 1000 жінок фертильного віку) при недостатніх для забезпечення відтворення населення країни ресурсах та несприятливих змінах вікового профілю народжуваності в бік старших вікових груп. В цілому чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 12 582,7 тис. у 2000 р. до 9998,4 тис. у 2018 р.

Одним із інтегральних показників репродуктивного потенціалу є безплідність. За даними офіційної статистики, рівень безпліддя в Україні невисокий – 3,0–4,04 на 1000 осіб жіночого населення фертильного віку і 0,3–0,95 на 1000 осіб чоловічого населення у віці 19–59 років. В цілому щороку в Україні, за винятком деяких років, зростає кількість вперше виявленого безпліддя в чоловіків: у 2017 р. цей показник становив 0,23 на 1000 чоловіків у віці 18–59 років, що в 1,4 разу вище від показника 2000 р.; поширеність безпліддя серед чоловіків за цей період зросла у 2,7 разу і становила 0,89 на 1000 чоловіків у 2017 р. При тому, що частота жіночого безпліддя значно більша від чоловічого, зміни в жіночій неплідності за період спостереження значно менші, ніж у чоловічій – захворюваність має тенденцію до зменшення (1,03 на 1000 жінок фертильного віку в 2000 р. і 0,98 у 2017 р.), а поширеність – тенденцію до зростання (2,99 і 3,74 відповідно. Ці показники в дійсності можуть бути значно вищими, оскільки за результатами соціологічних опитувань кількість існуючих випадків безпліддя суттєво перевищує число звернень по медичну допомогу з цього приводу. За даними Європейського товариства репродуктології й ембріології людини (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE), в Україні на безпліддя страждає близько 1 млн. подружніх пар, тобто 15–17%.

На фертильність жінок впливають і детермінанти материнського здоров'я до, під час та між вагітностями – запальні і незапальні захворювання статевих органів у жінок, розлади менструацій. Актуальність проблеми менструальної дисфункції визначається її зв'язком із жіночою репродуктивною функцією [8].

Розлади менструацій є першими ознаками прихованих патологій та захворювань і можуть відбитися на здатності до зачаття і виношування немовлят. В цілому за період 2000–2017 рр. поширеність розладів менструацій серед жінок фертильного віку зросла з 13,39 на 1000 жінок відповідної когорти у 2000 р. до 18,5 у 2017 р. (відношення шансів (ВШ) 1,33, 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,32–1,34), а

частота розладів менструацій – з 8,9 до 11,66 (ВШ 1,31, 95% ДІ 1,30–1,32) відповідно (табл. 1). За даними статистики, запальні захворювання статевих органів займають перше місце серед всіх гінекологічних захворювань і є однією з причин порушення дітородної функції жіночого організму, а такі захворювання, як гострі і хронічні ендометрити, сальпінгіти, оофорити викликають безпліддя. Як видно з даних, представлених у табл. 1, поширеність і захворюваність сальпінгітами і оофоритами мала тенденцію до зниження, і в 2017 р. становила 15,8 і 8,6 на 1000 жінок працездатного віку проти 19,67 і 11,42 у 2000 р. відповідно. За цей період серед жінок працездатного віку зросла поширеність і захворюваність запальними хворобами шийки матки з 6,85 та 5,03 у 2000 р. до 12,5 і 8,6 у 2017 р. на 1000 жінок відповідної когорти (приріст на 82,5% і 70,9% відповідно).

Негативно впливають на репродуктивну функцію жінок і незапальні хвороби жіночих статевих органів, зокрема ерозія шийки матки та ектропіон. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, за період, що вивчався, відзначається все ще високий рівень як поширеності, так і захворюваності жінок працездатного віку на ерозію шийки матки та ектропіон при тенденції до зниження з 19,85 і 11,31 на 1000 населення відповідного віку і статі у 2000 р. до 17,5 і 8,7 у 2017 р.

Порушення репродуктивної функції жінок спричиняють й інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). У разі наявності ІПСШ у вагітної підвищується також ризик неблагополучного перебігу вагітності, інфікування плода, а отже і проблем зі здоров'ям майбутньої дитини.

Статистика МОЗ України включає дані щодо захворюваності жінок на сифіліс, гонорею, хламідіоз, трихомоніаз і мікоплазмоз. Рівень захворюваності ІПСШ, а отже, і внесок цих інфекцій у порушення репродуктивного здоров'я в Україні набагато вищий, ніж у розвинутих країнах Європи. Хоча за даними Центру медичної статистики України захворюваність на гонококову інфекцію та сифіліс упродовж 2001–2018 рр. суттєво знижувалась, фахівці наголошують на недооцінці масштабів поширення цих захворювань. Так, з 2000 р. захворюваність українок на сифіліс знизилась у 18,3 разу: в 2018 р. її частота становила 5,0 на 100 тис. жіночого населення проти 91,7 у 2000 р., а захворюваність на гонококову інфекцію знизилась за цей період у 5,1 разу, зменшившись відповідно до показника 6,3 з 32,2 у 2000 р. (рис. 2). Проте стрімке зниження захворюваності на сифіліс і гонорею викликає певну занепокоєність через ймовірність незадовільного виявлення захворювань та неповної реєстрації випадків, особливо гонореї.

Динаміка захворюваності жінок на хламідійні інфекції та уrogenітальний мікоплазмоз мала двофазний характер – зростала відповідно з 75,4 і 33,3 на 100 тис. жіночого населення у 2000 р. до 120,1 і 89,01 у 2011 р., з подальшим зниженням до 48,0 і 81,4 у 2018 р. При цьому загалом у XXI столітті захворюваність жінок хламідійними інфекціями зменшилася у 1,57 разу, а уrogenітальним мікоплазмозом збільшилася у 2,4 разу, що ймовірно може бути зумовлено розширенням показань для їх діагностики і більшим впливом на розвиток мікоплазмозу частотою зміни сексуальних партнерів. Найбільш інтенсивні темпи зниження (у

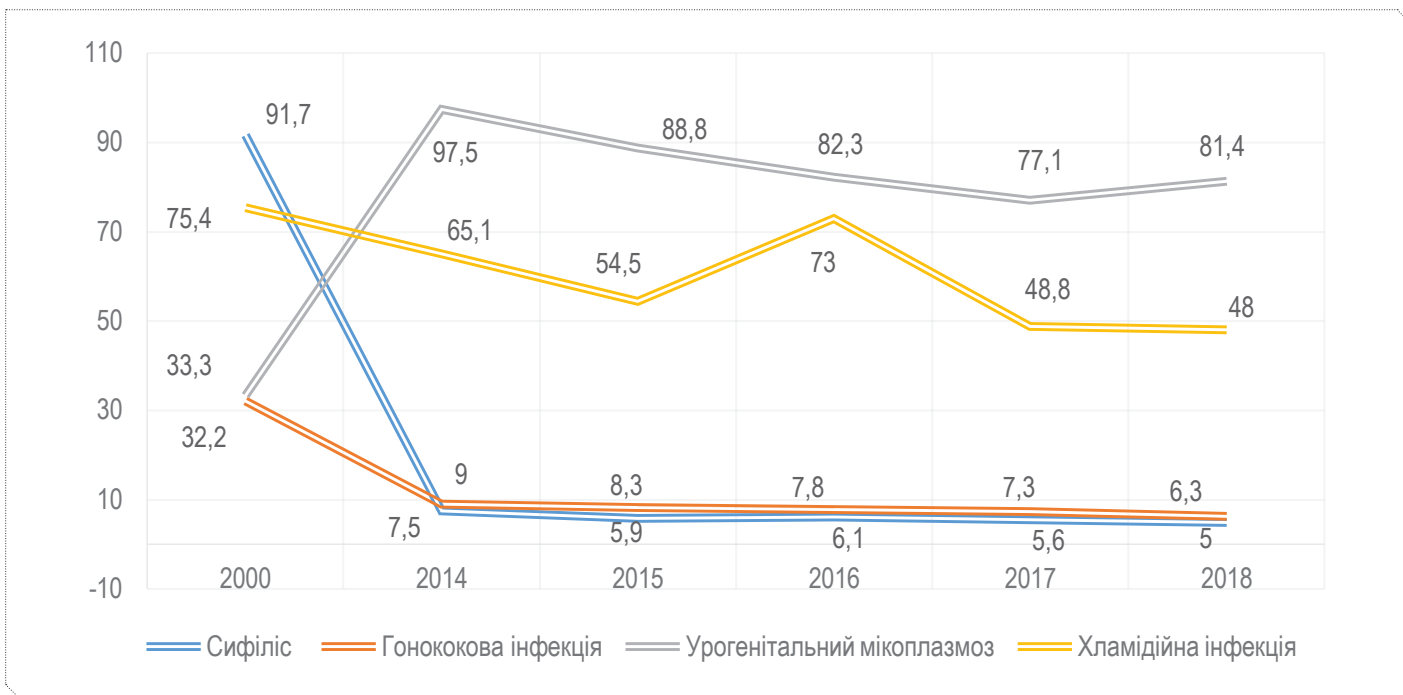
**Таблиця 1.** Характеристика гінекологічних захворювань жіночого населення України у 2000–2017 рр. на 1000 населення відповідного віку і статі

Роки	Розлад менструацій*		Сальпінгіти, оофорити**		Запальні захворювання шийки матки**		Ерозія та ектропіон шийки матки**	
	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність	Поширеність	Захворюваність
2000	13,93	8,90	19,67	11,42	6,85	5,03	19,85	11,31
2001	14,95	9,62	12,92***	7,4***	н/д	н/д	13,13***	7,38***
2002	15,80	9,81	20,84	11,99	7,68	5,71	19,01	10,43
2003	16,45	10,09	20,38	11,65	8,38	6,23	18,72	10,49
2004	17,01	10,45	20,40	11,70	9,08	6,81	19,38	10,85
2005	17,21	10,64	20,25	11,60	9,74	7,30	19,34	10,62
2006	17,57	10,68	20,09	11,13	10,29	7,73	19,20	10,51
2007	17,79	10,66	19,82	10,98	10,05	7,11	18,74	10,04
2008	17,72	10,52	19,65	10,66	10,50	7,21	18,71	9,87
2009	17,93	10,70	19,10	10,37	11,05	7,80	18,89	10,15
2010	18,32	10,93	18,82	10,08	11,38	7,75	19,42	10,35
2011	18,44	10,97	18,31	9,74	11,60	7,89	19,75	10,35
2012	18,61	11,25	18,27	9,88	11,79	8,04	20,07	10,47
2013	18,94	11,58	18,05	9,81	12,25	8,53	20,05	10,35
2014	17,63	11,02	16,30	8,89	12,09	8,45	17,92	9,33
2015	18,19	11,47	16,26	8,87	12,01	8,34	18,38	9,44
2016	18,23	11,45	16,12	8,79	12,17	8,26	18,15	8,96
2017	18,5	11,66	15,8	8,6	12,5	8,6	17,5	8,7
2017/2000, %	123,7	121,2	80,32	75,3	182,5	170,9	88,21	76,92

\* серед жінок 15–49 років на 1000 населення відповідного віку і статі;

\*\* серед жінок працездатного віку на 1000 населення відповідного віку і статі;

\*\*\* серед жінок 18 років і старше



**Рисунок 2.** Динаміка захворюваності жінок на інфекції, що передаються переважно статевим шляхом, в Україні у 2000–2018 рр. (випадки на 100 тис. жіночого населення, дані МОЗ України)

4,4 разу) характерні для захворюваності жінок на трихомоніаз.

Особи, які хворіють на ІПСШ, входять до групи високого ризику щодо зараження ВІЛ, що зумовлено як особливостями їхньої сексуальної поведінки (нерозбірливі зв'язки, нетрадиційні форми стосунків), так і послабленням захисних

механізмів, що значно підвищує ризик зараження ВІЛ при контакті з ВІЛ-інфікованими. Результатами багатьох досліджень доведений безпосередній зв'язок як у біологічному, так і в поведінковому аспектах між ІПСШ та ВІЛ-інфекцією – так званий «епідеміологічний синергізм». Ця хвороба вражає головним чином молодь – майбутніх батьків і матерів.



ВІЛ-інфекція може знижувати фертильність жінок на будь-якій стадії захворювання, особливо при прогресуванні інфекції. Народжуваність серед ВІЛ-інфікованих на третину нижча, ніж у неінфікованих [3].

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», від часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2018 р. включно в Україні офіційно зареєстровано 333 716 нових випадків ВІЛ-інфекції та 48 456 смертей від захворювань, обумовлених СНІДом. Починаючи з 1996 р., в Україні зафіксована концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 рр. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. відбулася зміна шляху передачі – переважання статевого шляху над парентеральним, і в структурі шляхів передачі ВІЛ питома вага статевого шляху невпинно зростала – з 29,8% у 2001 р. до 46,9% у 2007 р. та 75,4% у 2018 р. [1].

Якщо в 2000 році охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ вагітних становило 84,3%, то починаючи з 2003 р., цей показник постійно перевищує 97%. При цьому протягом останніх кількох років (2007–2018 рр.) в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження в процентному відношенні вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних на основі результатів первинних тестів – зниження з 0,52% в 2007 р. до 0,47% в 2011 р. і до 0,28% у 2018 р. Впровадження заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини сприяло суттєвому зниженню частоти такої передачі з 27,8% у 2001 р. до 3,6% у 2016 р. за даними когортного спостереження. За результатами ранньої діагностики частота передачі ВІЛ від матері до дитини у 2017 р. становила 2,2%, у 2018 р. – 2,0%. Проте програмою профілактики було передбачено зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ до 1%.

Можна стверджувати, що одним із вагомих чинників кризової демографічної ситуації в Україні на сьогодні є онкогінекологічна захворюваність. Високий рівень поширеності онкологічних захворювань репродуктивної системи, пізня діагностика і пов'язана з цим передчасна смерть хворих на онкогінекологічну патологію негативно впливають з одного боку на показник загальної смертності населення, з іншого – на недонародження хворими жінками репродуктивного віку бажаних дітей [15].

За даними статистики, у 2000–2018 рр. спостерігається негативна динаміка захворюваності жінок на злоякісні новоутворення тіла матки – 21,7 на 100 тис. жіночого населення у 2000 р. і 30,36 у 2018 р. (приріст на 39,9%), молочних залоз – 55,9 і 64,47 (приріст на 15,33%), яєчників – 14,8 і 15,56 (приріст на 5,14%) при стабілізації високого рівня злоякісних новоутворень шийки матки – 17,8 на 100 тис. жіночого населення.

Залишається незадовільним і стан здоров'я вагітних. Наразі, незважаючи на позитивну тенденцію, в кожній четвертій вагітній все ще відмічається анемія, яка є маркером ймовірного розвитку гіпоксії плода. Оскільки її розвиток значною мірою залежить від якості та повноцінності харчування жінки (що зумовлено передусім соціально-економічним становищем сімей), частота цього захворювання так само є маркером соціально-економічного благополуччя

країни. Складна екологічна ситуація зумовлює й тенденцію до зростання рівня захворюваності щитовидної залози у вагітних: з 8,51 на 100 майбутніх матерів у 2000 р. до 9,98 у 2018 р. (приріст на 17,3%). Патологія щитовидної залози, навіть при компенсованому її перебігу, в 89% призводить до розвитку ускладнень вагітності та пологів, серед яких найчастішими є загроза переривання – в 55% випадків [15].

Надзвичайно серйозною проблемою в сучасній Україні є зростання у 7,6 разу захворюваності вагітних на цукровий діабет – з 0,08 на 100 вагітних у 2000 р. до 0,61 у 2018 р. Цукровий діабет – найбільш значуща неакушерська патологія. Це означає, що жодне інше хронічне захворювання не має такого частого та вираженого негативного впливу на репродуктивну функцію людини, перебіг вагітності та стан плода.

Спостерігається тенденція до збільшення частоти хвороб системи кровообігу з 5,8 на 100 вагітних у 2000 р. до 7,78 у 2018 р. (приріст на 34,1%), хвороб сечостатевої системи, що інтерпретуються в основному як наслідок низької репродуктивної культури та безвідповідальної статевої поведінки – з 12,8 до 13,91 (приріст на 8,7%) відповідно (табл. 2).

Незважаючи на проведення профілактичних заходів і впровадження інноваційних перинатальних технологій, після зниження частоти гестозів з 10,8 на 100 вагітних у 2000 р. до 5,77 у 2013 р. та прееклампсій і еклампсій з 2,3 до 2,0 відповідно, упродовж останніх 6 років відмічається негативна тенденція – збільшення частоти гестозів до 6,46 та прееклампсій і еклампсій до 2,08.

Такий стан здоров'я жінок спричиняє загрозу репродукції особи – репродуктивних втрат. В цілому репродуктивні втрати означають втрату продуктів зачаття на всіх етапах розвитку плода – в результаті вимушеного (самовільного та медичного за показаннями у терміні 12–22 тижні) переривання вагітності, мертвонародження, а також смерті дітей першого року життя [11, 19, 20].

Найвагомішою складовою загрози репродукції особи і однією з керованих причин підвищення народжуваності є штучне переривання вагітності. Саме аборти негативно впливають на фертильність жінки, перебіг наступних вагітностей та пологів. Відомо, що аборт має як безпосередні негативні наслідки для народжуваності (тобто втрачено потенційне життя плода, який не народився, можливі випадки втрати життя жінки, яка в майбутньому могла б народити), так і опосередковані – наступні невиношування вагітності або навіть безпліддя. Виконання заходів міжнародних і національних програм сприяли суттєвому зниженню сумарної кількості абортів в Україні з 32,1 на 1000 жінок фертильного віку в 2000 р. до 8,15 у 2018 р., або в 3,9 разу. Кореляційний аналіз показників частоти абортів і спеціального коефіцієнта народжуваності в Україні виявив їх сильний зворотний зв'язок ( $r = -0,92$ ,  $p < 0,05$ ).

Динаміка результатів всіх вагітностей українських жінок протягом останніх десятиріч характеризується стійкою сприятливою тенденцією – зниженням питомої ваги абортів в структурі вагітностей з 32,09% у 2000 р. до 20,48% у 2018 р., але слід усвідомлювати, що в розвинутих країнах світу цей показник у 2–3 рази нижчий. У всьому світі статистика відношення абортів до живонароджених виглядає як

Таблиця 2. Динаміка частоти окремих захворювань серед вагітних в Україні за 2000–2018 рр. (на 100 вагітних)

Роки	Захворюваність						
	Анемія	Хвороби системи кровообігу	Хвороби сечостатевої системи	Цукровий діабет	Дисфункція щитовидної залози	Гестози	Преєклампсія та еклампсія
2000	39,1	5,8	12,8	0,08	8,51	10,8	2,3
2001	39,3	6,2	14,1	0,08	9,16	11,3	2,8
2002	39,4	6,5	15,5	0,08	9,36	11,9	3,2
2003	36,3	5,1	11,2	0,08	10,08	11,7	3,4
2004	36,4	6,6	16,5	0,1	10,55	11,4	3,4
2005	34,8	6,08	16,1	0,09	10,47	10,2	2,9
2006	31,7	5,8	15,3	0,1	10,11	8,9	2,9
2007	28,8	5,73	15,4	0,1	10,05	8,2	2,2
2008	27,4	5,9	15,2	0,13	10,63	7,4	2,7
2009	26,5	6,1	15,1	0,15	10,04	7,02	2,53
2010	26,4	6,2	14,6	0,17	9,65	6,6	2,3
2011	25,1	6,16	14,2	0,2	9,62	6,02	2,3
2012	24,77	6,43	13,46	0,28	9,07	5,83	2,06
2013	25,12	6,36	13,66	0,32	9,03	5,77	2
2014	24,12	6,57	13,11	0,34	9,05	5,87	1,97
2015	25,06	6,94	13,8	0,38	9,04	6,02	2
2016	25,81	7,36	13,77	0,43	9,49	6,11	2,1
2017	25,55	7,57	13,97	0,57	9,74	6,28	2,11
2018	25,97	7,78	13,91	0,61	9,98	6,46	2,08
2018/2000, %	66,42	134,14	108,67	762,50	117,27	59,81	90,43

1:7, а в Україні частота живонароджених на 1000 жінок фертильного віку почала перевищувати частоту абортів лише з 2001 р. (рис. 3).

Для оцінки частоти застосування такого варварського методу планування сім'ї, як аборт, доцільно використовувати і показник кількості абортів на 100 вагітностей, який ілюструє, як часто вагітність закінчується протиприродно. В Україні у 2000 р. аборт закінчувався кожна друга вагітність (51,43 на 100 вагітностей), у 2006 р. – кожна третя (33,5), у 2018 р. – кожна п'ята (20,46). В той же час частка жінок, чия вагітність переривається аборт, в країнах Східної Європи складає до 14%, в Західній Європі – до 3%, в Латинській Америці – до 9%, в Африці – до 11% (дані 2009 року).

В цілому аборти характеризують як тенденції репродуктивної поведінки жінок, так і стан репродуктивно-

го здоров'я жіночої популяції [4]. Тому нами проведено аналіз абортів за двома групами. Першу групу склали всі штучні аборти за бажанням жінки (медичні до 12 тижнів вагітності, медикаментозні, кримінальні, міні-аборти і неуточнені), тобто аборти, що характеризують активне небажання жінки зберегти вагітність. В другій групі представлені вимушені переривання вагітності – самовільні (спонтанні) і медичні легальні у терміні 12–22 тижні вагітності (за медичними і соціальними показаннями). Частота цих абортів відображає ступінь репродуктивного здоров'я (вірніше, нездоров'я) жіночої популяції і неспроможність реалізації жінкою функції дитородіння через комплекс об'єктивних причин – патологію здоров'я жінки та/або плода або рівень соціального неблагополуччя як один із критеріїв здоров'я.



Рисунок 3. Зіставлення кількості дітей, які народилися живими, і кількості абортів в Україні на 1000 жінок 15–49 років в динаміці у 2000–2018 рр.

Відносити штучні аборти до репродуктивних втрат не доцільно, оскільки такі аборти здійснюються за бажанням жінки і відображають лише неспроможність застосовуваної контрацепції, тобто неефективність заходів щодо попередження небажаної вагітності, збереження якої неможливо для конкретної жінки (сім'ї) в даний час. Водночас вимушені аборти залежать від стану репродуктивного здоров'я жіночого населення. Ненароджені діти і померлі немовлята є неправою втратою життєвого потенціалу популяції «на старті життя» і безповоротною втратою людського капіталу – репродуктивного, трудового, інтелектуального, оборонного [12].

За даними аналізу, загальне число всіх штучних переривань вагітності за бажанням жінки в Україні за 19-річний період знизилося у 4,2 разу (з 29,1 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. до 6,9 у 2018 р. (ВШ 0,24, 95% ДІ 0,24–0,25), що може свідчити про сприятливі тенденції в репродуктивній поведінці жінок.

Меншою мірою в поточному столітті зменшилася частота вимушених абортів – з 2,09 на 1000 жінок фертильного віку в 2000 р. до 1,26 у 2018 р. (ВШ 0,52, 95% ДІ 0,51–0,53). Кореляційний аналіз показників частоти вимушених абортів і спеціального коефіцієнта народжуваності в Україні виявив помірний зворотний зв'язок ( $r = -0,44$ ). Характерно, що для досягнення бажаних результатів частоти вимушених абортів потрібні зрушення в менш керованому та інерційному секторі медичного забезпечення – поліпшенні репродуктивного здоров'я жінок.

В цілому позитивні зрушення частоти штучних і вимушених абортів можуть опосередковано свідчити про ефективність заходів із планування сім'ї і переорієнтації акушерсько-гінекологічної допомоги на доказові медико-організаційні технології.

Для комплексного аналізу й оцінки репродуктивних втрат нами використано методику, запропоновану В.І. Стародубовим, Л.П. Сухановою, Ю.Г. Сиченковим [11]. При проведенні аналізу репродуктивних втрат були використані дані Державної служби статистики України щодо кількості народжених живими і мертвими, померлих на першому році життя, а також дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» щодо кількості народжених живими та самовільних і медичних легальних переривань вагітності в терміні 12–22 тижні (за медичними/соціальними показаннями) з наступним розрахунком відносних і сумарних показників.

В цілому в Україні у XXI столітті репродуктивні втрати склали 482 232 плодів (вимушені аборти і мертвонароджені) та померлих на першому році життя немовлят або 57,62 на 1000 народжених живими. В середньому в нинішньому столітті Україна щороку втрачає близько 25,4 тис. немовлят.

В структурі репродуктивних втрат переважали самовільні (спонтанні) аборти – 274 950 або 57,0%, медичні легальні у терміні 12–22 тижні становили 81 803 або 16,9%, померлі діти на першому році життя – 76 946 або 15,9%, мертвонароджені – 48 533 або 10,0%. Сумарно пренатальні втрати до 22 тижнів вагітності склали 356 753 (73,98%), а фетоінфантильні – 125 479 (26,02%).

При загальній тенденції до зниження на 41,7% (ВШ 0,56, 95% ДІ 0,55–0,57) зміна загального показника репродуктивних втрат мала нелінійний характер з максимальним його

значенням (86,13 на 1000 народжених живими) у 2000 році і мінімальним – 47,9 на 1000 у 2014 р. Упродовж 2000–2004 рр. загальний рівень репродуктивних втрат знизився з 86,13% до 59,84%, а в 2005 р. підвищився до 72,09%, що вірогідно зумовлено підготовкою закладів перинатальної допомоги до переходу на критерії ВООЗ стосовно перинатального періоду, живо- і мертвонароджуваності, з подальшою тенденцією до зменшення до 51,53% у 2008 р., 47,9% у 2014 р. і подальшими незначними коливаннями в межах 59,2–49,9% у 2015–2018 рр. (рис. 4).

Ідентичною була й динаміка рівнів більшості складових загального показника репродуктивних втрат упродовж інтервалу дослідження – самовільних (спонтанних), медичних легальних у терміні 12–22 тижні (за медичними/соціальними показаннями) абортів, померлих на першому році життя. Так, рівень самовільних (спонтанних) абортів знизився на 22,4% з 44,73% у 2000 р. до 34,7% у 2018 р. при максимальному його значенні 44,73% у 2000 р. і мініальному – 27,45% у 2009 р., рівень медичних легальних абортів у терміні 12–22 тижні – на 81,1% з 24,05% у 2000 р. до 4,0% у 2014 р., а в цілому рівень вимушених абортів знизився за період дослідження з 68,78% до 39,25% (ВШ 0,52, 95% ДІ 0,51–0,53). При цьому рівень фетоінфантильних втрат знизився на 25,6% з 17,35% до 12,9% (ВШ 0,52, 95% ДІ 0,51–0,53) лише за рахунок померлих на першому році життя – на 40,6% з 11,96 до 7 (ВШ 0,56, 95% ДІ 0,55–0,57). Тенденція до збільшення мертвонароджуваності – 5,39% і 5,81% (ВШ 1,07, 95% ДІ 1,01–1,15) – може бути зумовлена недостатньою якістю пренатальної діагностики гіпоксії плода і медичної допомоги жінкам на догоспітальному етапі.

Роздільний аналіз пренатальних втрат (нереалізованих вагітностей) за видами засвідчив чітку закономірність: найбільше число втрат відбувається за рахунок самовільних (спонтанних) абортів. Так, самовільні (спонтанні) аборти мали місце в 17 350 жінок (44,73%) у 2000 р. і в 11 062 (34,7%) у 2018 р., а аборти за медичними/соціальними показаннями відповідно у 9328 (24,05%) та 1451 (4,05%). При цьому темпи зниження частоти абортів за медичними/соціальними показаннями значно більші, ніж самовільних (спонтанних) абортів – у 5,9 і 1,3 разу відповідно.

Аналіз динаміки структури основних складових загального рівня репродуктивних втрат засвідчив їх різноспрямовану динаміку: зниження питомої ваги пренатальної складової – вимушених абортів із 79,97% у 2000 р. до 74,2% у 2018 р. відбулося лише за рахунок випереджаючого зниження частоти абортів за медичними/соціальними показаннями з 27,96 до 8,6% відповідно при одночасному збільшенні частки спонтанних абортів з 52,01 до 65,6% та частки фетоінфантильних втрат з 20,03 до 25,78% (в основному за рахунок збільшення частки народжених мертвими з 6,22% у 2000 р. до 11,57% у 2018 р. при стабілізації частки дітей, померлих на першому році життя – 13,81% і 13,97% відповідно) (рис. 5).

## ВИСНОВКИ

Динаміка репродуктивного процесу в Україні має нелінійний характер – різке погіршення показників відтворення населення у перше десятиріччя незалежності України з

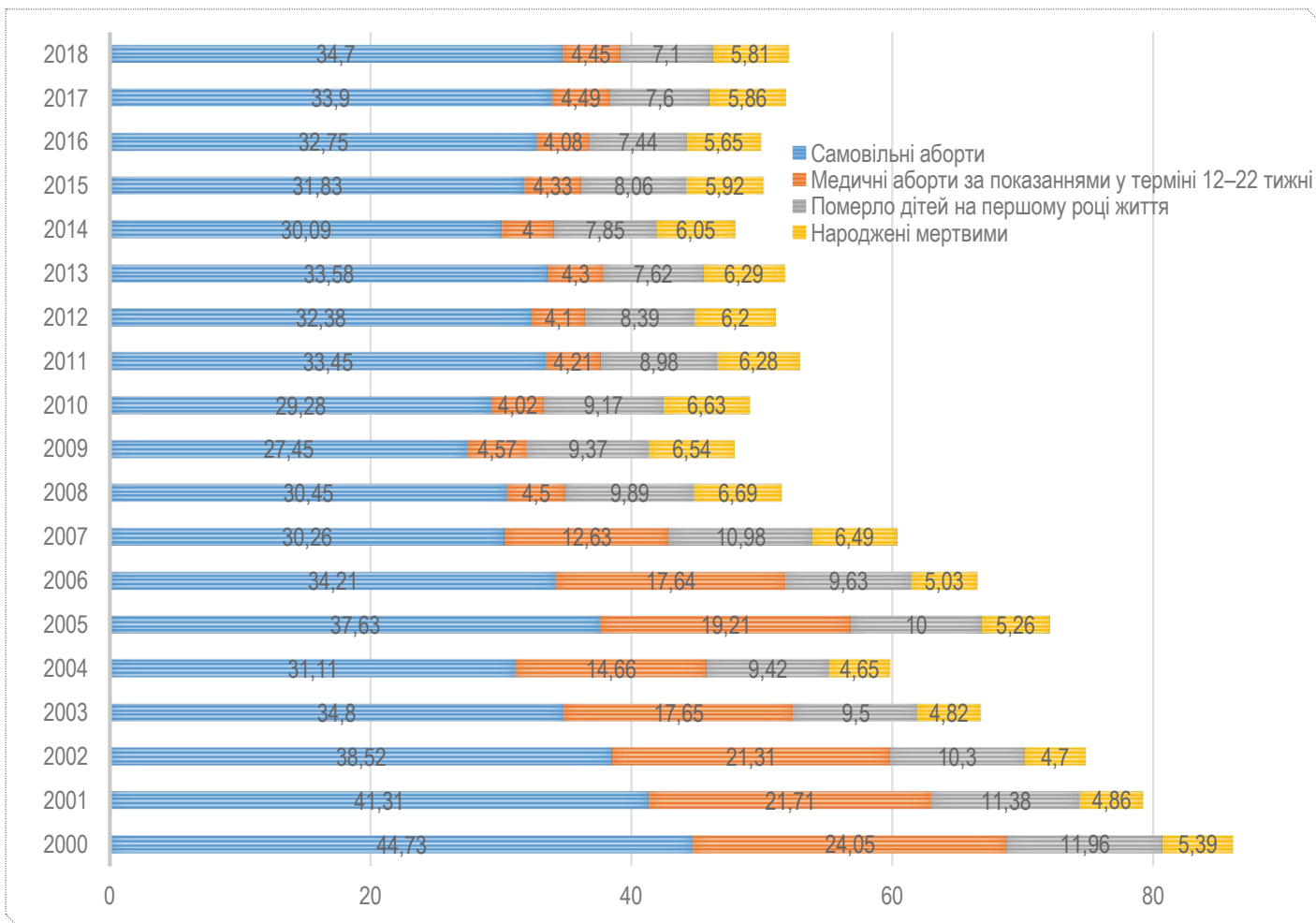


Рисунок 4. Динаміка рівнів репродуктивних втрат в Україні в 2000–2018 рр. на 1000 народжених живими

тенденцією до їх нормалізації в XXI ст. (зростання загально-го коефіцієнта народжуваності з 7,7 на 1000 наявного населення у 2000 р. до 11,4 у 2012 р. і сумарного коефіцієнта народжуваності з 1,11 до 1,6 відповідно) і подальшою тенденцією до погіршення – 8,7 і 1,3 у 2018 р. відповідно.

Тенденція до зростання, як і тенденція до зниження народжуваності супроводжувалися позитивною тенденцією репродуктивної поведінки жінок (зменшення штучних абортів у 4,2 разу з 29,13 на 1000 жінок фертильного віку у 2000 р. до 6,9 у 2018 р.) (ВШ 0,24, 95% ДІ 0,24–0,25) при недостатніх для забезпечення відтворення населення країни ресурсах (зменшенні чисельності жінок фертильного віку з 12 582,7 тис. у 2000 р. до 9998,6 тис. у 2018 р.) та несприятливих змінах вікового профілю народжуваності в бік старших вікових груп.

Несприятлива демографічна ситуація в Україні супроводжувалася незадовільним станом репродуктивного здоров'я українських жінок – відмічається високий рівень та негативна тенденція до поширеності розладів менструацій (13,93 на 1000 жінок фертильного віку в 2000 р. і 18,5 у 2018 р.), запальних хвороб шийки матки (6,85 і 12,5 на 1000 жінок працездатного віку відповідно, приріст на 82,5%). Високими при позитивній тенденції залишаються рівні поширеності сальпінгітів, оофоритів, ерозії й ектропіону ший-

ки матки (19,67, 15,2, 19,85, 17,5 відповідно). Залишається гострою проблема негативної тенденції захворюваності жінок на злоякісні новоутворення тіла матки (приріст на 39,9%), молочних залоз (приріст на 15,33%), яєчників (приріст на 5,14%) при стабілізації високого рівня злоякісних новоутворень шийки матки. Крім того, неоднозначною та такою, що свідчить про недооцінку масштабів поширення, є ситуація зі стрімким зменшенням частоти захворювань на сифіліс (у 18,3 разу), гонококову інфекцію (5,1 разу), хламідійну інфекцію (у 1,5 разу).

Надзвичайно серйозною проблемою в сучасній Україні є велика частота при негативній тенденції захворюваності вагітних цукровим діабетом, хворобами щитоподібної залози, системи кровообігу, сечостатевої системи. Наразі, незважаючи на позитивну тенденцію, в кожній четвертій вагітній все ще має місце анемія, яка, з одного боку, є маркером соціально-економічного благополуччя країни, а з іншого – негативним чинником ймовірного розвитку гіпоксії плода.

Лише завдяки зусиллям зацікавлених у вирішенні питань зміцнення репродуктивного потенціалу України сторін, переорієнтації акушерсько-гінекологічної служби на всесвітньо визнані медико-організаційні технології з доведеною ефективністю, досягнуто зменшення репродуктивних втрат



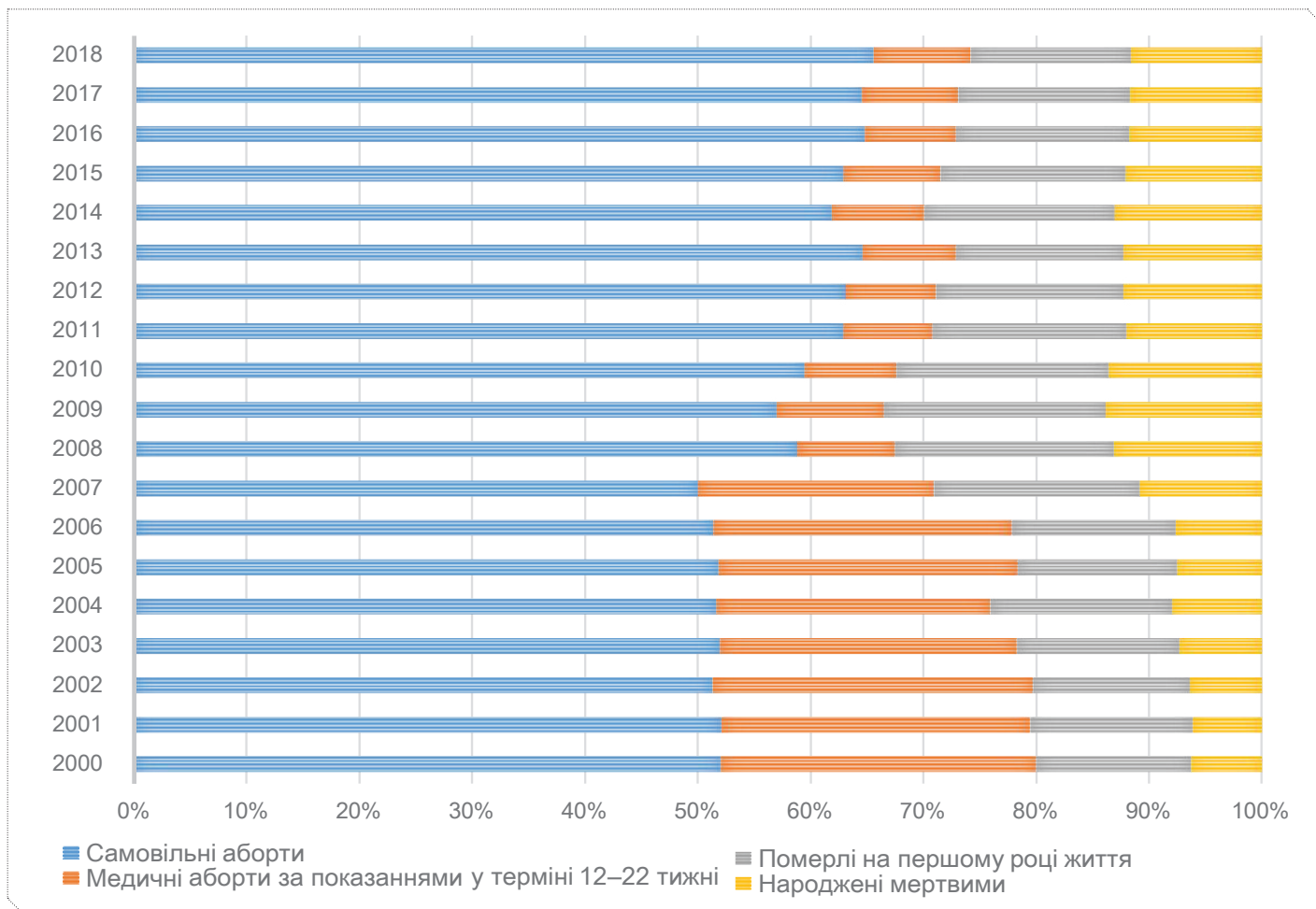


Рисунок 5. Динаміка структури репродуктивних втрат в Україні в 2000–2016 рр.

за рахунок вимушених абортів, частота яких зменшилась з 68,78 на 1000 народжених живими у 2000 р. до 39,25 у 2018

р., фетоінфантильних втрат – з 17,5 до 12,9, померлих на першому році життя – з 11,9 до 7,1 відповідно.

## ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- ВІЛ-інфекція в Україні. Державна установа «Центр громадського здоров'я», інформаційний бюлетень №50. – Київ, 2019. – 112 с.  
HIV infection in Ukraine. State Institution "Public Health Center", Newsletter No. 50. Kyiv (2019): 112 p.
- Григорьев, Ю.А. Репродуктивное здоровье как качественная характеристика популяции / Ю.А. Григорьев, С.В. Соболева // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2013. – Т. 91, № 3–2. – С. 157–160.  
Grigoriev, Y.A., Soboleva, S.V. "Reproductive health as a qualitative characteristic of the population." Bulletin of the East Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences 91.3–2 (2013): 157–60.
- Дудіна, О.О. Репродуктивне здоров'я як чинник фертильності жінок і якості здоров'я народжуваних поколінь / О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – Т. 6, № 2. – С. 28–35.  
Dudina, O.O., Gaborets, Y.Y. "Reproductive health as a factor of women's fertility and quality of health of nascent generations." Economics and Law of Health Care 6.2 (2017): 28–35.

- Жилка, Н.Я. Характеристика деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення України / Н.Я. Жилка, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Wiadomości Lekarskie (Польща). – 2018. – Т. LXXI, № 9. – С. 1803–1808.  
Zhyłka, N.J., Myronjuk, I.S., Slabkyi, G.O. "Characteristics of Some Indicators of Reproductive Health of the Female Population of Ukraine." Wiadomości Lekarskie (Poland) LXXI.9 (2018): 1803–8.
- Калиниченко, Д.О. Кількісна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку / Д.О. Калиниченко // Екологія і здоров'я. – 2019. – № 3. – С. 11–16.  
Kalinichenko, D.O. "Reproductive potential of youth: problems and promising solutions." Young scientist 51.11 (2017): 75–80.
- Калиниченко, Д.О. Репродуктивний потенціал молоді: проблеми та перспективні шляхи вирішення / Д.О. Калиниченко // Молодий вчений. – 2017. – Т. 51, № 11. – С. 75–80.  
Kalinichenko, D.O. "Quantitative assessment of the reproductive potential of women of early fertile age." Environment and health 3 (2019): 11–6.
- Мартинова, Л.Б. Сучасний стан відтворення соціально-демографічного потенціалу в контексті реалізації євроінтеграційних прагнень України / Л.Б. Мартинова // Економіка розвитку. – 2016. – Т. 80, № 4. – С. 23–33.

- Martynova, L.B. "The current state of reproduction of socio-demographic potential in the context of the implementation of European integration aspirations of Ukraine." Economics of Development 80.4 (2016): 23–33.
8. Моїсеєнко, Р.О. Репродуктивне здоров'я населення України як основний критерій ефективності соціально-економічної політики держави / Р.О. Моїсеєнко, С.Є. Мокрецов, О.О. Дудіна, Н.П. Кризіна // Україна. Здоров'я Нації. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 86–91.  
Moiseenko, R.O., Mokretsov, S.E., Dudina, O.O., Krizina, N.P. "Reproductive health of the population of Ukraine as the main criterion for the effectiveness of socio-economic policy of the state." Ukraine. Health of the Nation 22.2 (2012): 86–91.
9. Европейское региональное бюро ВОЗ. План дій щодо охорони сексуального і репродуктивного здоров'я: в піддержку виконання Повестки дня в області Устойчивого Развития на період до 2030 г. в Європі – нікого не оставить без внимания. Матеріали 66 сесії Європейського регіонального бюро ВОЗ, Копенгаген (2016).  
WHO, Regional committee for Europe. Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Materials of 66th session Regional WHO committee for Europe, Copenhagen (2016). Available from: [https://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0018/314532/66wd13e\_SRHActionPlan\_160524.pdf?ua=1].

10. Позняк, О.В.

Демографічні перспективи України до 2060 року / О.В. Позняк, П.Є. Шевчук // Демографія та соціальна економіка. — 2014. — Т. 21, № 1. — С. 73–84.

Poznyak, O.V., Shevchuk, P.Y.

“Demographic prospects of Ukraine until 2060.” Demography and Social Economy 21.1 (2014): 73–84.

11. Стародубов, В.И.

Репродуктивные потери как медикосоциальная проблема демографического развития России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова, Ю.Г. Сыченков // Социальные аспекты здоровья населения (электронный ресурс). — 2011. — № 6.

Starodubov, V.I., Sukhanova, L.P., Sychenkov, Y.G.

“Reproductive losses as a medico-social problem of demographic development of Russia.” Social aspects of public health 6 (2011): electronic resource. Available from: [http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang.ru/].

12. Цвігун, І.А.

Демографічна безпека України та напрями її регулювання (монографія) / І.А. Цвігун. — Кам'янець-Подільський: Видавцтво ПП Звoleyko Д.Г., 2013. — 400 с.

Tsvigun, I.A.

Demographic security of Ukraine and directions of its regulation (monograph). Kamyanets-Podilsky. Publisher LLC Zvoleyko D.G. (2013): 400 p.

13. Шевчук, П.Є.

Реконструкція структури народження за черговістю народження та віком матері / П.Є. Шевчук // Демографія та соціальна економіка. — 2015. — Т. 23, № 1. — С. 113–125.

Shevchuk, P.E.

“Reconstruction of the structure of births according to the order of birth and mother's age.” Demography and social economy 23.1 (2015): 113–25.

14. Шелкова, Н.Н.

Демографическая значимость репродуктивных потерь / Н.Н. Шелкова // Учет и статистика. — 2013. — Т. 32, № 4. — С. 111–124.

Shelkova, N.N.

“The Demographic Significance of Reproductive Losses.” Accounting and statistics 32.4 (2013): 111–24.

15. Мельник, П.С. та ін., ред.; Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. — К.: Медінформ, 2017. — 458 с.

Melnyk, P.S., et al, eds; Ukrainian institute of strategist researches, MoH of Ukraine.

Annual report on the state of health of the population, the sanitary and epidemiological situation and the results of the health care system of Ukraine. Kyiv. Medinform (2017): 458 p.

16. Bennett, L.R., de Kok, B.

“Reproductive Desires and Disappointment.” Medical Anthropology 37.2 (2018): 91–100.

17. Grshybowskiy, J.L., Smiianov, V.A., Myronyuk, J.V., et al.

“Ten Indicators Which Characterize Medical-Demographic Processes in Adjacent Regions of Ukraine and Poland.” Wiadomości Lekarskie 72.5 (2019): 868–76.

18. Gruzieva, T.S., Diachuk, M.D., Inshakov, H.V., et al.

“Modern Demographic Trends in Ukraine as a Ground for Realization of Prevention Strategies.” Wiadomości Lekarskie 72.10 (2019): 2033–9.

19. Komaromy, C., Earle, S., Layne, L.

Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility. Ashgate Publishing (2013): 238 p.

20. Li, Y.H., Marren, A.

“Recurrent Pregnancy Loss: A Summary of International Evidence-Based Guidelines and Practice.” Aust J Gen Pract 47.7 (2018): 432–6.

21. Lubinsky, M.

“Evolutionary Justifications for Human Reproductive Limitations.” J Assist Reprod Genet 35.12 (2018): 2133–29.

22. Pantyley, V.

“Demographic and Health Situation of Children in Conditions of Economic Destabilization in the Ukraine.” Ann Agric Environ Med 21.1 (2014): 79–85.

23. Pinar, M.H., Gibbins, K., He, M., et al.

“Early Pregnancy Losses: Review of Nomenclature, Histopathology, and Possible Etiologies.” Fetal Pediatric Pathology 37.3 (2018): 191–209.

24. Susan, M., Lee-Rife, I.

“Women's Empowerment and Reproductive Experiences Over the Lifecourse.” Social Science and Medicine 71.3 (2010): 634–42.

25. World Health Organization.

Sustainable Development Goals. Available from: [https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs].

#### СУЧАСНИЙ СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЖІНОК УКРАЇНИ

Ю.Г. Антипкин, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

В.Ф. Лапшин, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Р.В. Марушко, д. мед. н., завідувач науково-організаційним відділенням ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

О.О. Дудіна, к. мед. н., провідний науковий співробітник науково-організаційного відділення ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Н.Ю. Бондаренко, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

**Мета дослідження:** оцінити основні показники репродуктивного потенціалу жінок України в динаміці за період 2000–2018 років.

**Матеріали та методи.** При проведенні аналізу були використані дані Державної служби статистики України та Державної Установи «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2000–2018 рр. Застосовано методи системного підходу, структурно-логічного, епідеміологічного аналізу.

**Результати.** Динаміка репродуктивного процесу в Україні в XXI столітті мала нелінійний характер: зростання загального коефіцієнта народжуваності з 7,7 на 1000 наявного населення у 2000 р. до 11,4 у 2012 р. і сумарного коефіцієнта народжуваності з 1,11 до 1,6 відповідно з подальшою тенденцією до погіршення — 8,7 і 1,3 у 2018 р. відповідно. Низькі показники відтворення населення України в XXI столітті утримувалися на фоні недостатніх для забезпечення цього ресурсів — зменшення чисельності жінок фертильного віку з 12 582,7 тис. у 2000 р. до 9998,6 тис. у 2018 р. при несприятливих змінах вікового профілю народжуваності в бік старших вікових груп, високому рівні захворюваності репродуктивної системи у жінок.

У 2000–2018 рр. відмічається високий рівень при негативній тенденції поширеності розладів менструацій (приріст на 38,5%), запальних хвороб шийки матки (приріст на 82,5%), злоякісних новоутворень тіла матки (приріст на 39,9%), молочних залоз (приріст на 11,99%), шийки матки (приріст на 5,06%), велика частота при негативній тенденції захворюваності вагітних захворюваності діабетом (приріст на 662,5%), хворобами щитоподібної залози (приріст на 17,3%), системи кровообігу (приріст на 34,4%), сечостатевої системи (приріст на 8,7%). Відносно досягнуто зменшення репродуктивних втрат за рахунок вимушених абортів у 1,75 разу, померлих на першому році життя — у 1,7 разу, фетопатологічних втрат — у 1,4 разу.

**Висновок.** В Україні в останні десятиліття зберігається несприятлива демографічна ситуація — зменшення чисельності населення в результаті надвисокої смертності при низькій народжуваності та низькій очікуваній тривалості життя.

**Ключові слова:** демографічний розвиток, репродуктивний потенціал, відтворення населення, дитородна діяльність, репродуктивні втрати.

#### СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН УКРАИНЫ

Ю.Г. Антипкин, д. мед. н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

В.Ф. Лапшин, д. мед. н., профессор, заместитель директора по научно-организационной работе ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Р.В. Марушко, д. мед. н., заведующий научно-организационным отделением ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

О.О. Дудина, к. мед. н., ведущий научный сотрудник научно-организационного отделения ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Н.Ю. Бондаренко, к. мед. н., старший научный сотрудник отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

**Цель исследования:** оценить основные показатели репродуктивного потенциала женщин Украины в динамике за период 2000–2018 годов.

**Материалы и методы.** При проведении анализа были использованы данные Государственной службы статистики Украины и Государственного Учреждения «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за период 2000–2018 гг. Применены методы системного подхода, структурно-логического, эпидемиологического анализа.

**Результаты.** Динамика репродуктивного процесса в Украине в XXI веке имела нелинейный характер: рост общего коэффициента рождаемости с 7,7 на 1000 населения в 2000 г. до 11,4 в 2012 г. и суммарного коэффициента рождаемости с 1,11 до 1,6 соответственно и дальнейшая тенденция к ухудшению — 8,7 и 1,3 в 2018 г. соответственно. Низкие показатели воспроизводства населения Украины в XXI веке сохранялись на фоне недостаточных для обеспечения этого ресурса — уменьшения численности женщин фертильного возраста с 12 582,7 тыс. в 2000 г. до 9998,6 тыс. в 2018 г. при неблагоприятных изменениях возрастного профиля рождаемости в сторону старших возрастных групп, высокому уровню заболеваемости репродуктивной системы женщин.

В 2000–2018 гг. при отрицательной тенденции распространенности отмечается высокий уровень нарушений менструаций (прирост на 38,5%), воспалительных заболеваний шейки матки (прирост на 82,5%), злокачественных новообразований тела матки (прирост на 39,9%), молочных желез (прирост на 11,99%), шейки матки (прирост на 5,06%), большая частота при отрицательной тенденции заболеваемости беременных сахарным диабетом (прирост на 662,5%), болезнями щитовидной железы (прирост на 17,3%), системы кровообращения (прирост на 34,4%), мочеполовой системы (прирост на 8,7%). В то же время достигнуто уменьшение репродуктивных потерь за счет вынужденных абортів в 1,75 раза, умерших на первом году жизни — в 1,7 раза, фетопатологических потерь — в 1,4 раза.

**Вывод.** В Украине в последние десятилетия сохраняется неблагоприятная демографическая ситуация — уменьшение численности населения в результате сверхвысокой смертности при низкой рождаемости и низкой ожидаемой продолжительности жизни.

**Ключевые слова:** демографическое развитие, репродуктивный потенциал, воспроизводство населения, детородная деятельность, репродуктивные потери.

#### CURRENT STATE OF REPRODUCTIVE POTENTIAL OF UKRAINIAN WOMEN

Y.G. Antypkin, MD, professor, academician of the NAMS of Ukraine, director of the SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv

V.F. Lapshin, MD, professor, deputy director for scientific and organizational work, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv

R.V. Marushko, MD, head of the Scientific and Organizational Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv

O.O. Dudina, PhD, leading researcher, Scientific and Organizational Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv

N.Y. Bondarenko, PhD, senior researcher, Department of Problems of Nutrition and Somatic Diseases in Young Children, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine", Kyiv

**Objective of the study:** to assess the main indicators of the reproductive potential of women in Ukraine in dynamics over the period 2000–2018.

**Materials and methods.** Analysis was performed using the data of the State Statistics Service of Ukraine and the State Institution "Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine" for the period 2000–2018. The methods of a systematic approach, structural-logical, epidemiological analysis were used.

**Results.** Reproductive process dynamic in Ukraine in the XXI century had nonlinear character — increase in the general fertility rate from 7.7 per 1000 population in 2000 to 11.4 in 2012 and the total fertility rate from 1.11 to 1.6, respectively with further deterioration trend — 8.7 and 1.3 in 2018, respectively. Low rates of population reproduction in Ukraine in the XXI century were kept on the background of insufficient resources to ensure the reproduction of the country's population — decrease of the number of women of childbearing age from 12,582.7 thousand in 2000 to 9,998.6 thousand in 2018 with adverse changes in the age profile towards older age groups, high level incidence of reproductive system in women.

In 2000–2018 years there is a high level with a negative trend in the prevalence of menstrual disorders (increase by 38.5%), cervical inflammatory diseases (increase by 82.5%), malignant neoplasms of uterine body (increase by 39.9%), mammary glands (increase by 11.99%), cervix (increase by 5.06%), high frequency, with a negative trend, in the incidence of diabetes in pregnant (increase by 662.5%), thyroid disease (increase by 17.3%), circulatory system diseases (increase by 34.4%), urogenital system (increase by 8.7%). In the same time it was achieved a reduction of reproductive losses due to forced abortions by 1.75 times, decrease of mortality during first year of life by 1.7 times and feto-infantile losses of 1.4 times.

**Conclusion.** In recent decades, in Ukraine kept unfavorable demographic situation — decrease in population due to extremely high mortality with low birth rates and low life expectancy.

**Keywords:** demographic development, reproductive potential, reproduction of the population, childbearing activity, reproductive losses.