

The effectiveness of the education-behavioral correction was evaluated according to the informative acceptor-indicator complex in 60 patients with chronic dermatoses (30 patients – with psoriasis, 30 – with eczema). The data obtained made it possible to determine that the primary health care level could provide the effectiveness achievement by 8.0±16.0% (according to the integral index).

In patients with psoriasis, the education-behavioral correction effectiveness was manifested by the decrease ($p < 0.05$) in the absolute number of persons with the diagnostically significant level of general health state declining (before the education-behavioral correction – $(76.7 \pm 7.7)\%$, after – $(53.3 \pm 9.1)\%$) and the decrease in severity of this AI from (3.9 ± 0.1) points up to (3.5 ± 0.2) points; the decrease in the number of persons with the low mood level (before the education-behavioral correction – $(83.3 \pm 6.8)\%$, after – $(60.0 \pm 8.9)\%$, $p < 0.01$); the decrease in the number of patients with the low level of the everyday activity (before the education-behavioral correction – $(63.3 \pm 8.8)\%$, after – $(46.7 \pm 9.1)\%$, $p < 0.01$).

The education-behavioral correction effectiveness in patients with eczema was manifested by the decrease in the absolute number of people with reduced level of general health state (before the education-behavioral correction – $(70.0 \pm 8.4)\%$, after – $(56.7 \pm 9.0)\%$) with severity decrease in this AI from (3.7 ± 0.1) points to (3.4 ± 0.2) points; the decrease in the number of persons with the low level of mood (before the education-behavioral correction – $(80.0 \pm 7.7)\%$ and after – $(53.3 \pm 9.1)\%$, $p < 0.01$).

The results of the education-behavioral correction effect on the reactive and personal anxiety indicators can be observed in their positive dynamics, both in case of psoriasis and eczema, concerning the severity reduction of these indicators of psychological state. Despite the absence of significant reduction in the number of persons with the high anxiety level (in psoriasis: from 70.0% to 60.0%, in case of eczema: from 63.3% to 56.7% of patients), the integral indicators of the education-behavioral correction effectiveness amounted to 14.3% and 6.4% for reactive anxiety and 3.4% and 3.8% – for personal anxiety, correspondingly. Generally, the effect of education-behavioral correction performed at the primary health care level is limited by the medical personnel competence areas, which requires the interdisciplinary cooperation of medical specialists of various specialties while dealing with such patients (the studied issue should involve medical psychologists and more patient-specific techniques for cognitive-behavioral correction).

Key words: general practice-family medicine, chronic dermatoses, education-behavioral correction, effectiveness.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 20.09.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-1-146-134-138

УДК 614.1(477.54):[618.439+616-053.31-036.8

Шерстюк С. О., Зотова А. Б., Храмова Т. О.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ТА СТРУКТУРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ЗНИЖЕННЯ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна (м. Харків)

zotovaal@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проводилося в рамках науково-дослідної роботи кафедри анатомії людини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Виявлення впливу патології матері на розвиток організму плода та новонародженого», № державної реєстрації 0117U004838.

Вступ. В наш час, вивчаючи питання демографічних процесів, значна увага приділяється проблемі перинатальної смертності (ПС). Значення показників, що характеризують рівень ПС, не можна переоцінити, особливо в сучасних умовах у зв'язку з негативними демографічними тенденціями в країні. Рівень і структура ПС є одними з основних критеріїв здоров'я потомства і в той же час характеризують рівень організації та якість медичної допомоги. Показники ПС залежать від багатьох факторів, але всі пов'язані зі здоров'ям жінки, екологічними, соціальними та економічними сторонами життя суспільства [1]. Одним з основоположних чинників, що викликає зниження рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, є висока захворюваність вагітних і породіль.

Стратегія країни спрямована на поліпшення здоров'я населення, зокрема здоров'я новонароджених, а також на зменшення втрат дітей, в тому

числі перинатальних. Для її успішної реалізації в Україні впроваджено Національний проект «Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства», в рамках якого для забезпечення вагітних та новонароджених доступною висококваліфікованою медичною допомогою в Харківській області були створені перинатальні центри III рівня. В результаті, ПС зменшилась з 17,5 % до 10,2 %, однак підвищилися показники мертвонародженості, серед яких антенатально загиблі склали 80,3 %. Причому частка доношених плодів серед мертвонароджених – 51,3%, що вказує на недоліки в організації перинатальної допомоги, в основному в амбулаторно-поліклінічній ланці [2,3].

До 2006 р. включно в Україні перинатальний період охоплював термін з 28-го повного тижня внутрішньоутробного життя плоду (в цей час у нормі маса тіла плода становить 1000 г) до 7 повних днів після народження. З 2007 р. країна перейшла на критерії, визначені ВОЗ, коли початок перинатального періоду приходить на 22 повних тижня (154-го дня) внутрішньоутробного життя плоду (в цей час в нормі маса тіла плода становить 500 г) [3].

Незважаючи на досягнуті очевидні успіхи у вирішенні питань охорони материнства та дитинства, показники ПС в Україні залишаються значно вищими за

показники країн Євросоюзу. Звертає на себе увагу і той факт, що в різних регіонах країни рівень ПС значно відрізняється між собою (майже в 2 рази) [1].

Метою цього дослідження було вивчення динаміки та структури причин перинатальної смертності в Харківській області та оптимізація напрямків їх зниження.

Об'єкт і методи дослідження. Для цього було проаналізовано дані щорічних «Звітів про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» Харківського обласного відділу охорони здоров'я (Форма №21-а) за період 2007 р.-2017 р. (усього 290475 народжень). Другою частиною даного статистичного дослідження був аналіз результатів розтинів плодів та новонароджених, які загинули в терміні гестації 22-42 тижні за останні 6 років (2012-2017) – усього 618 випадків, виконаних на базі КЗОЗ «Харківського міського перинатального центру». Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою пакету стандартних статистичних програм Excel 2003 та Statistica 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи результати показників ПС, обчислених за даними щорічних «Звітів про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» Харківського обласного відділу охорони здоров'я (Форма №21-а) за період 2007 р.-2017 р., відмічено зниження даних показників з 9,96 % у 2007 р. до 8,1% у 2017 р. Максимальні значення за цей період відмічалися в 2008 р. – 10,7% (що співпадало з початком світової фінансової кризи) та в 2011 р. – 10,98% (**рисунку 1**).

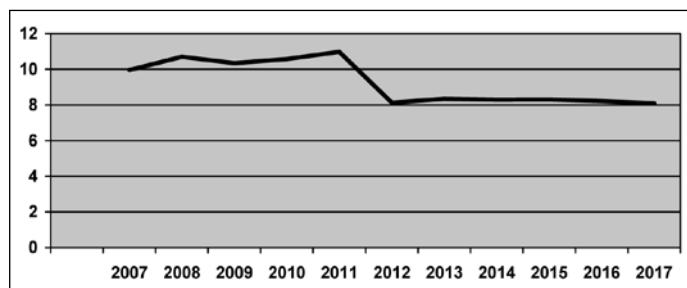


Рис. 1. Показники перинатальної смертності в Харківській області (по рокам за період спостереження в %).

В Харківській області зниження показників ПС відбувалося за рахунок зниження мертвонародженості (з 7,27 % у 2007 р. до 7,15 % у 2017 р.) – однак темпи зниження даного показника залишалися недостатніми. Більш позитивна динаміка за досліджуваний період часу відзначалася в показниках ранньої неонатальної смертності (РНС): зниження РНС відбулося майже в 3 рази (2,69 % в 2007 р. до 0,87% в 2017 р.) (**таблиця 1**).

Зниження перинатальних втрат, зокрема ранньої неонатальної смертності, свідчить про поліпшення медичної допомоги на етапі пологових будинків та перинатальних центрів (дбайливе ведення передчасних пологів, своєчасна реанімація новонароджених, спрямована на усунення гіпоксії, штучна вентиляція легенів, інтенсивна інфузійна терапія).

Залежно від часу, коли настала смерть, в структурі перинатальної смертності прийнято

Таблиця 1.
Структура перинатальної смертності в Харківській області за період 2007 р. -2017 р.

Рік	Усього народилося	Перинатальна смертність(‰)	Мертвонародженість (‰)	Рання неонатальна смертність(‰)
2007	24707	9,96	7,27	2,69
2008	26356	10,7	7,26	3,44
2009	26485	10,35	7,27	3,08
2010	25732	10,57	7,67	2,90
2011	25767	10,98	7,81	3,17
2012	26823	8,13	6,4	1,73
2013	26362	8,34	7,46	0,88
2014	27247	8,29	7,55	0,74
2015	26985	8,3	7,32	0,98
2016	27303	8,1	7,21	0,89
2017	26708	8,15	7,15	0,87

віділяти такі складові: антенатальну – до початку родової діяльності, інтранатальну – під час пологів, постнатальну – у перші 168 год. після народження [4].

Надзвичайно важливим показником є рівень антенатальної смертності, оскільки характеризує, з одного боку, стан здоров'я жінок і фетоплацентарного комплексу, а значить, ступінь життєздатності плода, а з іншого боку якість медичної допомоги вагітним, перш за все в амбулаторно-поліклінічній ланці [5].

Рівень антенатально загиблих плодів в Харківській області за період 2007 р.-2017 р. знизився з 71,67% в 2007 р. до 58,9% в 2017 р., та залишався майже без змін в період з 2013 р. по 2017 р. Відносно стабільні показники антенатальних втрат за останній період можуть свідчити про якість спостереження за вагітною та пренатальне обстеження плода. Рівень інтранатальної смертності в Харківській області залишався відносно стабільний за останні роки. Тобто, зниження мертвонародженості в області відбувалося в більшій мірі за рахунок діяльності пологових будинків та перинатальних центрів, а також попередження інтранатальних втрат за рахунок розширення показань до оперативного родорозродження.

Рисунок 2 показує, що за період 2007 р.-2017 р. серед мертвонароджених значно вищий відсоток складала антенатально загиблі плоди.

У нашому дослідженні проаналізовані показники ПС доношених і недоношених дітей окремо. Показник ПС доношених дітей характеризує стан акушерської та перинатальної служби в Харківській області та визначає стан здоров'я новонароджених дітей. Досить важливою являється оцінка рівня

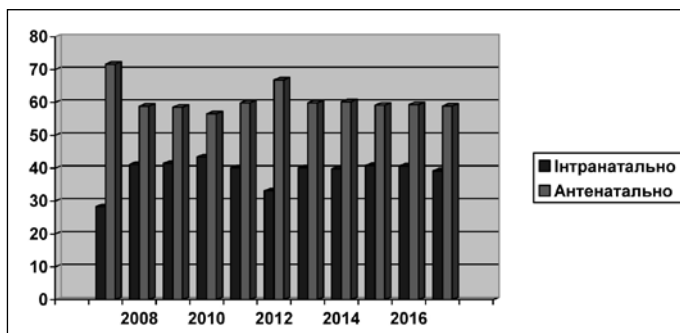


Рис. 2. Відносна частота антенатально та інтранатально загиблих плодів в Харківській області за період 2007 р.-2017 р. в %.

Таблиця 2.

Зміни структури причин перинатальної смертності доношених плодів та новонароджених за 2012 р.-2017 р. (%)

Причини	2012	2017
Внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія в пологах	58,4	62,8
Вроджені вади розвитку	12,8	14,2
Затримка росту плода	7,5	7,8
Гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС	5,7	4,2
Родова травма	0,9	0,83
Кон'югаційні жовтяниці	3,8	1,3
Інфекції перинатального періоду	3,2	4,4
Інші	7,7	4,47

перинатальних втрат доношених плодів і новонароджених, оскільки запобігання загибелі саме цих, функціонально зрілих дітей має істотну соціальну значимість.

ПС серед доношених дітей складала: 2007 р. – 3,02%, 2008 р. – 4,15%, 2009 р. – 3,95%, 2010 р. – 4,18%, 2011 р. – 4,13%, 2012 р. – 2,71%, 2013 р. – 3,32%, 2014 р. – 3,21%, 2015 р. – 3,17%, 2016 р. – 3,06%, 2017 р. – 3,09%. Показники ПС серед доношених дітей мало коливалися за проаналізований період, що, на наш погляд, обумовлено запобіганням переносування вагітності. Максимальні показники відмічалися в 2008 р. – 4,15%, та в 2010 р. – 4,18%, а мінімальні в 2012 р. – 2,71%, при цьому зростання ПС доношених дітей відзначалося за рахунок мертвонародженості. Збільшення частки мертвонароджених в окремі роки може свідчити про недостатню антенатальну охорону плоду та недоліки у веденні пологів.

Передчасні пологи створюють ризик для плода, та являються причиною ПС. За даними різних авторів саме недоношені діти являються основним контингентом серед загиблих плодів та новонароджених, та складають серед антенатально загиблих 50–68 %, інтранатально – більше 40 %, постнатально – 40–78 % [6,7]. Істотний вплив на частоту передчасних пологів і ПС недоношених дітей надає соціальний статус вагітної і породіллі, а також наявність або відсутність допологового спостереження в амбулаторно-поліклінічній ланці. Ці дані мають суттєве практичне значення та вказують на необхідність приділяти увагу профілактиці невиношування вагітності в боротьбі за зниження перинатальної смертності.

ПС серед недоношених дітей за період з 2007 р. по 2017 р. в Харківській області дорівнювала: 2007

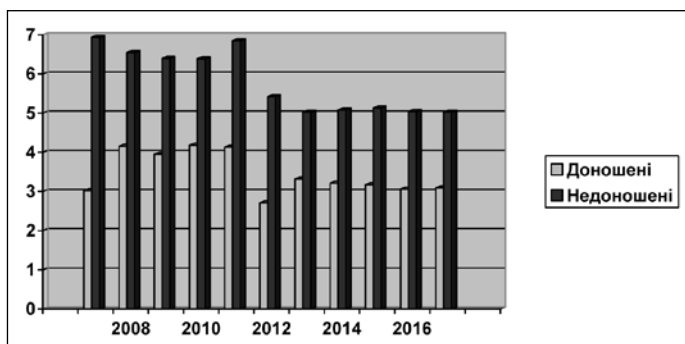


Рис. 3. Показники перинатальної смертності доношених та недоношених дітей (по рокам за період спостереження в %).

р. – 6,94%, 2008 р. – 6,55%, 2009 р. – 6,40 %, 2010 р. – 6,39%, 2011 р. – 6,85%, 2012 р. – 5,42%, 2013 р. – 5,02%, 2014 р. – 5,08%, 2015 р. – 5,13%, 2016 р. – 5,04%, 2017 р. – 5,02%. Показники ПС серед недоношених дітей знизилися за даний період, що пов'язано з успіхами клініко-організаційної тактики лікування цього контингенту дітей та проведенням цілеспрямованих заходів щодо зниження невиношування вагітності (рисунки 3).

Рівень показника ранньої неонатальної смертності новонароджених залежить, в основному, від якості надання медичної допомоги в пологових будинках та перинатальних центрах.

Слід відмітити, що починаючи з 2007 р. відносна частота народжених дітей, як серед доношених, так і недоношених, що померли на першому тижні життя постійно знижувалася в терміні спостереження. Зниження ранньої неонатальної смертності серед доношених дітей відбулося майже в 4,4 рази (з 0,102% в 2007 р. до 0,023% у 2017 році).

Відносна частота недоношених дітей, що померли на першому тижні життя за проаналізований період знизилася в 3,8 разів, та складала 4,50% в 2007 р. та 1,17% в 2017 р. що характеризує певні успіхи в наданні акушерської та неонатальної допомоги недоношеним дітям.

Особливістю перинатальної патології являється багатофакторність впливу на стан плода та новонародженого тривалості вагітності, екстрагенітальної та акушерської патології, материнсько-плодових інфекцій, динаміки внутрішньоутробного розвитку плода.

Серед причин смерті доношених плодів та новонароджених основними були асфіксія, вроджені вади розвитку та затримка росту плода. Отримані данні представлені в таблиці 2.

За проаналізований період майже в 3 рази зменшилася кількість кон'югаційних жовтяниць, відмічається зниження гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС в 1,36 разів. В той час як частка внутрішньоутробної гіпоксії та асфіксії в пологах, вроджених вад розвитку та внутрішньоутробних інфекцій стала більшою.

Слід відмітити, що частота пологових травм за цей період залишалася сталою 0,9% в 2012 р. та 0,83% в 2017 р.

У структурі смертності недоношених дітей переважали дихальні розлади, асфіксія, та внутрішньоутробні інфекції (таблиця 3).

У результаті аналізу протоколів розтину плодів та померлих новонароджених з метою визначення статеві приналежності було встановлено, що частіше помирали хлопчики (59,52±5,43%) ніж дівчатка (40,48±3,92%).

Таким чином, динамічний аналіз показників ПС в Харківській області протягом 2007 р.-2017 р. при загальній позитивній тенденції до їх зниження вказує на високий рівень захворюваності вагітних при недостатній якості медичної допомоги, перш за все на рівні амбулаторно-поліклінічної ланки.

При цьому створення перинатальних центрів, адекватне ведення пологів, проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених, вдосконалення принципів наступності між відділеннями реанімації новонароджених, перинатальним центром та іншими лікувальними

установами неонатального профілю, а також постійний аналіз якості діагностичних і лікувальних заходів, дозволили знизити ПС.

Висновки

1. Проведений нами аналіз динаміки та структури перинатальної смертності в Харківській області за 2007 р. – 2017 р., показав її зменшення в 1,2 рази. Встановлено, що тенденція поступового зниження показника перинатальної смертності порушувалась його різким падінням у 2012 р. – у зв'язку з відкриттям перинатальних центрів у Харківській області, що дозволило знизити відсоток летальності серед усіх категорій живих новонароджених в ранньому неонатальному періоді, що вказує на покращення медичної допомоги дітям на першому тижні життя.

2. Тенденція до зниження була характерною для всіх складових перинатальної смертності: як для ante- та інтранатальної смертності, так і для ранньої неонатальної смертності.

3. Покращення діагностики і лікування внутрішньоутробної гіпоксії та асфіксії в родах, перинатальної інфекції буде сприяти подальшому зниженню

Таблиця 3.

Зміни структури причин перинатальної смертності недоношених плодів та новонароджених за 2012 р.-2017 р. (%)

Причини	2012	2017
Внутрішньоутробна гіпоксія та асфіксія в пологах	33,2	30,8
Дихальні розлади	37,3	34,2
Затримка росту плода	10,7	11,3
Вроджені вади розвитку	7,4	9,2
Інфекції перинатального періоду	11,4	14,5

показників перинатальної смертності в Харківській області.

4. Попередження недоношування вагітності на популяційному рівні, інтранатальна охорона плода є резервами поліпшення перинатальних показників та якості здоров'я народжених дітей.

Перспективи подальших досліджень. Надалі планується вивчити морфологічні особливості печінки доношених мертвонароджених внаслідок впливу на плід екстрагенітальної патології матері.

Література

1. Lekhan VM, Hinzburh VH. Perynatal'na smertnist' v Ukraini: dosyahnennya ta problemy. Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. 2012;1(21):15-25. [in Ukrainian].
2. Vdovychenko YuP, Hoyda NH. Kryteriyi vyznachennya bazovoho likuval'nogo zakladu dlya stvorennya rehional'nogo perynatal'nogo tsentru. K.; 2011. 7 s. [in Ukrainian].
3. Pasiyeshvili NM. Analiz perynatal'noyi zakhvoryuvanosti ta smertnosti v umovakh perynatal'nogo tsentru ta shlyakhy yiyi znyzhennya. Scientific Journal «Science Rise». 2016;1/3(18):37-43. [in Ukrainian].
4. Ognev VA, Tregub PO, Mishchenko AN, Chukhno IA. Sotsial'naya meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. Metodicheskiye razrabotki. Chast' 3. Khar'kov: KHNNU; 2016. s. 26. [in Russian].
5. Yensegenova ZZ. Lecheniye beremennykh zhenshchin s ekstragenital'noy patologiyey i puti povysheniya effektivnosti. Vestnik Kaz NMU. 2017;3:5-6. [in Russian].
6. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants. JAMA. 2010;304(9):992. DOI: 10.1001/jama.2010.1226
7. Aganezov SS, Aganezova NV. Vozmozhnosti snizheniya riska prezhdvremennykh rodov s pozitsii dokazatel'noy meditsiny. Akusherstvo i ginekologiya. 2015;4:62-8. [in Russian].

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ТА СТРУКТУРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ЗНИЖЕННЯ

Шерстюк С. О., Зотова А. Б., Храмова Т. О.

Резюме. З метою вивчення динаміки та структури перинатальної смертності в Харківській області був здійснений аналіз перинатальних втрат за період 2007 р.-2017 р. За проаналізований період часу відбулося зниження показника перинатальної смертності з 9,96 % у 2007 р. до 8,1% у 2017 р., що досягнуто за рахунок зменшення як мертвонародженості з 7,27 % у 2007 р. до 7,15% у 2017 р., так і за рахунок ранньої неонатальної смертності з 2,69 % до 0,87% за відповідні роки спостереження. Серед причин смерті доношених плодів та новонароджених основними були асфіксія, вроджені вади розвитку та затримка росту плода. У структурі причин смерті недоношених дітей переважали дихальні розлади, асфіксія, та внутрішньоутробні інфекції. Попередження невиношування вагітності на популяційному рівні є резервом поліпшення перинатальних показників і якості здоров'я народжених дітей.

Ключові слова: Харківська область, мертвонародженість, рання неонатальна смертність, перинатальний центр.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И СТРУКТУРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Шерстюк С. А., Зотова А. Б., Храмова Т. А.

Резюме. С целью изучения динамики и структуры перинатальной смертности в Харьковской области был осуществлен анализ перинатальных потерь за период 2007 г.-2017 г. За анализируемый период времени произошло снижение показателя перинатальной смертности с 9,96% в 2007 г. до 8,1 % в 2017 г., что было достигнуто за счет уменьшения как мертворождаемости с 7,27 % в 2007 г. до 7,15 % в 2017 г., так и за счет ранней неонатальной смертности с 2,69% до 0,87% за соответствующие годы наблюдения. Среди причин смерти доношенных плодов и новорожденных основными были асфиксия, врожденные пороки развития и задержка роста плода. В структуре заболеваемости недоношенных детей преобладали дыхательные расстройства, асфиксия, и внутриутробные инфекции. Предупреждение невынашивания беременности на популяционном уровне является резервом улучшения перинатальных показателей и качества здоровья родившихся детей.

Ключевые слова: Харьковская область, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, перинатальный центр.

ANALYSIS OF THE PERINATAL MORTALITY DYNAMICS AND STRUCTURE IN KHARKIV REGION AND THE WAYS OF ITS REDUCTION

Sherstiuk S. O., Zotova A. B., Khramova T. O.

Abstract. Nowadays, the study of the demographic processes issues includes such important problem as perinatal mortality. The level and structure of perinatal mortality are the main criteria for the population health and at the same time characterize the level of medical care organization and quality. The perinatal mortality indices depend on many factors, but all of them are closely connected with the women's health, environmental, social and economic aspects of society. The National project "New life" – new quality of maternity and childhood protection was implemented to improve the perinatal care in Ukraine. The project includes the formation of perinatal centers of the III level in Kharkiv region to provide the available highly qualified medical care for pregnant women and newborns. Despite the obvious successes achieved in resolving maternity and childhood issues, the perinatal mortality indices in Ukraine remain significantly higher than those in the EU countries. Attention is also drawn to the fact that in different regions of the country the level of perinatal mortality is significantly different (almost 2 times).

The aim of research was to study the dynamics and structure of the perinatal mortality causes in Kharkiv region and optimize the direction for their decline.

For this purpose, the data of the annual "Reports on medical care for pregnant, parturient women and puerperas" of the Kharkiv Regional Department of Health (Form No. 21-a) over the period 2007-2017 years were analyzed (290.475 births). The second part of statistical study included the data analysis of the fetal and neonatal autopsy which was carried out on fetuses and newborns died at gestation period of 22-42 weeks over the last 6 years (2012-2017) – the total number of studied cases amounted to 618. The research was performed on the basis of the Public Health Care Institution "Kharkiv city perinatal center".

The analysis of perinatal mortality dynamics and structure in Kharkiv region over the period 2007-2017 years has determined its 1.2 times decrease. Over the analyzed period the decrease in perinatal mortality from 9.96 ‰ in 2007 year to 8.1 ‰ in 2017 year was observed, which was achieved by reducing both stillbirth from 7.27 ‰ in 2007 year to 7.15 ‰ in 2017, and early neonatal mortality from 2.69 ‰ to 0.87 ‰ over the corresponding years of monitoring. While analyzing the data obtained, it was determined that the tendency for gradual decrease in perinatal mortality was changing due to its sharp decline in 2012, which was connected with the formation of perinatal centers in Kharkiv region. This made it possible to reduce the mortality rate among all categories of live newborns in the early neonatal period, which indicates the medical care improvement for infants in the first week of life. Reducing tendency was characteristic of all the perinatal mortality types: antenatal and intrapartum mortality as well as the early neonatal mortality.

The main causes of death among the full-term fetuses and newborns were determined to be asphyxia, congenital malformations and delayed fetal development. In the structure of premature infants mortality, the respiratory disorders, asphyxia and intrauterine infections predominated.

The improvement of diagnosis and treatment of intrauterine hypoxia and asphyxia in labor as well as perinatal infection will provide the further decrease in perinatal mortality in Kharkiv region. Miscarriage prevention at the population level and the intranatal fetal protection are the factors for perinatal indices and neonatal health quality improvement.

Key words: Kharkiv region, stillbirth, early neonatal mortality, perinatal center.

Рецензент – проф. Похилько В. І.

Стаття надійшла 18.09.2018 року