

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКУ ВТРАЧЕНИХ РОКІВ  
ПОТЕНЦІЙНОГО ЖИТТЯ ВІД ХВОРОБ ОРГАНІВ  
ТРАВЛЕННЯ**

Методичні рекомендації

Ужгород, 2018

Визначення показнику втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення: методичні рекомендації. – Ужгород, 2018. – 27 с.

**Організація розробник:**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Ужгородський національний університет

**Автори:** Керецман А.О., Рогач І.М., Рингач Н.О., Слабкий Г.О.

**Рецензенти:**

**Любінець О.В.** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національно медичного університету ім. Д.Галицького

**Дудник С.В.** - к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**Рекомендовано рішенням** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Протокол №1 от 30.01.2018 року

Розраховано на керівників закладів охорони здоров'я та завідувачів структурних підрозділів закладів охорони здоров'я.

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ВСТУП.....   | 4  |
| Зарубіжний досвід у практиці оцінювання демографічних і економічних втрат на основі розрахунку показника втрачених років потенційного життя (ВРПЖ).....                      | 6  |
| Методика розрахунку показника / індексу втрачених років потенційного життя (ВРПЖ).....   | 10 |
| Обсяг і структура втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) від ХОТ населення регіону як критерію оцінки демографічних втрат в Закарпатській області.....                    | 12 |
| Наукове обґрунтування функціонально – організаційної моделі зниження смертності від хвороб органів травлення на регіональному рівні (на прикладі Закарпатської області)..... | 21 |
| Висновки.....  | 24 |
| Список використаних джерел.....  | 26 |

## ВСТУП

Проведене дослідження присвячено вирішенню актуальної проблеми наукового обґрунтування функціонально – організаційної моделі зниження смертності від хвороб органів травлення (ХОТ) на регіональному рівні (на прикладі Закарпатської області).

Передчасна смертність, яка значно перевищує аналогічні рівні розвинутих країн світу, є однією із найгостріших сучасних соціальних проблем України. Якщо у ХІХ - на початку ХХ сторіччя основні втрати внаслідок передчасної смертності було сконцентровано передусім у юному і молодому віці, в основному за рахунок високої дитячої і материнської смертності та від інфекційної патології, то у сучасній Україні – в інтервалі працездатного віку.

Втрати людського потенціалу внаслідок передчасної смертності в Україні набагато перевищують такі втрати в розвинутих країнах світу. За статистичними даними, в останні роки Україна щодня втрачає майже 700 людських життів у віці до 65 років. Тому, комплексна оцінка демографічних втрат, спричинених передчасною смертністю, є одним із основних підходів у вирішенні важливих задач інформаційно – аналітичного забезпечення в охороні здоров'я при розробці демографічної політики в країні.

Слід наголосити, що на зростанні значущості хвороб органів травлення (ХОТ) як причини втрат життя і працездатності в Україні останніми роками наголошували експерти ще на V-му з'їзді гастроентерологів України (2014). На початку першого десятиріччя ХХІ сторіччя в Україні за класом ХОТ ще зберігалось останнє місце у п'ятірці основних причин смерті, тепер же ці захворювання випередили клас хвороб органів дихання і піднялись на вищу сходинку. Також, за даними МОЗ України, частка цієї патології у структурі поширеності захворювань населення України становить близько 10%, посідаючи третє місце за рейтингом.

Однак, соціально-економічне значення окремих причин смерті, в тому числі і від окремих нозологій класу ХОТ, визначається не лише абсолютною кількістю смертей та їх значущістю у структурі, але й різною величиною внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення. З іншого боку, різні причини по – різному впливають на оцінену у роках потенційного життя величину незворотних втрат внаслідок смертності та величину економічних збитків, спричинених нею. Адже, чим у молодшому віці настає смерть, тим більшою є кількість втрачених років, недожитих до 65 років, і, відповідно, вищі економічні збитки, зумовлені відсутністю внеску цих громадян у процес суспільного виробництва.

З огляду на це, з метою наукового обґрунтування шляхів зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні, зокрема передчасної, було проведено ряд досліджень, спрямованих на вивчення епідеміологічної ситуації щодо ХОТ в Закарпатській області, поширення факторів ризику захворюваності та смертності від ХОТ серед населення окремих біогеохімічних зон регіону, визначено демографічні втрати, які несе населення області на основі розрахунку показника / індексу втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) та представлено функціонально – організаційну модель зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні.

## **Зарубіжний досвід у практиці оцінювання демографічних і економічних втрат на основі розрахунку показника втрачених років потенційного життя (ВРПЖ)**

Практика оцінювання років втраченого потенційного життя у різних країнах набула поширення з другої половини ХХ – на початку ХХІ сторіччя.

Одним із підходів до вивчення втрат, спричинених передчасною смертністю, є оцінка обсягу (у роках) потенційного життя, недожитого через настання такої смерті. Втрачені роки потенційного життя (ВРПЖ) – це міра впливу передчасної смертності на населення. Тому, в розвинутих країнах світу число втрачених років потенційного життя (Years of potential life lost, YPLL) служить одним із індикаторів, що характеризують втрати внаслідок передчасної смертності та дають змогу оцінити кількість років людського життя, недожитих до межі 65 років.

Розрахунки ВРПЖ застосовуються при обчисленні рекомендованого до використання експертами ВООЗ показника DALY, що представляє собою суму років потенційного життя, втрачених через передчасну смерть, та років, проведених у хворобливому (непрацездатному) стані, або погіршення якості життя людини. Також його включено в перелік індикаторів здоров'я населення Канади.

Індекс ВРПЖ може слугувати критерієм благополуччя населення в країні. Так, він часто використовується Світовим Банком та Всесвітньою організацією охорони здоров'я в як показник, що ілюструє результативність соціально – економічної політики окремих країн, а його зміни свідчать про позитивні або негативні тенденції смертності на певних територіях. Наприклад, оприлюднені нещодавно дані Центру профілактики і контролю захворювань Латвії, свідчать про досягнуті успіхи в країні у зниженні рівня передчасної смертності. Зокрема, за 2000-2013 рр. показник ВРПЖ в країні істотно скоротився: на 43% серед чоловіків й на 21% – серед жінок.

Ще у минулому сторіччі видатний демограф Томлін С.А. наголошував на необхідності інвестування в людський капітал з метою підвищення продуктивності суспільної праці тотожних інвестицій основного капіталу в кожний вид промисловості, що визначає роль «біологічного» капіталу однією з основних у розвитку суспільства та усвідомленням прибутковості інвестицій в людину. Інвестиції в здоров'я та його охорону сприяють скороченню захворювань та смертності, подовжують період працездатності та час функціонування людського капіталу. Факт передчасної смерті означає безповоротну втрату всіх інвестицій в людину та спричинює певні соціальні витрати (наприклад у вигляді пенсій при втраті годувальника в сім'ї). Пов'язуючи величину втрат у вигляді кількості втрачених людино – років і розмір доходу, що приходить на душу населення в конкретному році, можна опосередковано оцінити розмір недоотриманої користі у вигляді втраченої частини національного продукту (наприклад, % ВВП). Враховуючи частку населення, зайнятого в суспільному виробництві та розмір середньорічного доходу із врахуванням надбавок до заробітної плати працівників (внесків роботодавців на соціальне забезпечення, медичне соціальне страхування, виплат на пенсії тощо ), можна дати більш точну економічну оцінку втраченого людського та трудового потенціалу. Слід зазначити, що для реалізації подібної оцінки перш за все необхідно, щоб дані офіційної інформації відображали істинну картину справ щодо економіки. «Тіньова» економіка та «прихована» зайнятість і неоподатковані доходи викривлятимуть справжню картину економічних втрат, спричинених передчасною смертністю.

Організація економічної співпраці і розвитку (ОЕСР) використовує стандартизований показник ВРПЖ для міжнародних порівнянь, оцінки прогресу в зниженні передчасної смертності в окремих країнах. Величина індексу / показника ВРПЖ напряму залежить від економічного та промислового розвитку країни, зростаючи у неблагоприємні періоди (в часи соціальних трансформацій і соціальних конфліктів, стихійних лих і

масштабних епідемій тощо). Наприклад, як зазначено в результатах дослідження в рамках проекту TASIC, у Російській Федерації в 1998 – 2000 рр. величина індексу ВРПЖ була такою ж високою, як серед корінних народів Канади (індіанців та інуїтів).

Розрахунки показника ВРПЖ стали основою в аргументації необхідності прийняття російського Федерального закону від 23 лютого 2013 року № 15–ФЗ «Про охорону здоров'я громадян від впливу оточуючого табачного диму і наслідків споживання табака», згідно яких втрати, пов'язані лише з обумовленою курінням передчасною смертністю склали 9 років у чоловіків і 5,6 років у жінок, а втрачена користь у промисловості склала 6,3 % ВВП.

За висловлюванням фінського вченого Волонена показник / індекс ВРПЖ є важливим індикатором благополуччя нації не тільки на рівні країни, але й регіону і навіть окремого району чи населеного пункту. Так, прикладом практичного застосування розрахунку показника ВРПЖ для потреб державного управління на місцевому рівні може служити міжнародний проект «Здорові люди: управління змінами через моніторинг і дії», що реалізовувався в Російській Федерації у Санкт – Петербурзі. Він фінансувався Делегацією Європейського Союзу в Російській Федерації, грантовою програмою для неурядових організацій і місцевих органів влади регіону Балтійського моря з метою удосконалення методів управління на місцевому та регіональному рівнях. Оцінка масштабів втрат внаслідок передчасної смертності дала можливість порівняти ситуацію з Росією в цілому та сусідніми країнами, зокрема Естонією та Фінляндією. В подальшому на цій основі був сформований стратегічний план і розроблені механізми та конкретні заходи, спрямовані на нарощення інституційного потенціалу і розвитку мережі зацікавлених сторін через практичні інтервенції.

На теренах України також запропоновано використовувати показник ВРПЖ для оцінки ефективності політики в сфері охорони здоров'я і



діяльності системи охорони здоров'я. В останні роки з'явилися публікації і щодо величини та структури втрат в окремих вікових групах та від окремих причин.

Оперування оцінками потенційних втрат людського життя в результаті передчасної смертності було здійснено при обґрунтуванні необхідності розробки стратегічних заходів щодо її зниження. Зокрема, розрахункові дані абсолютної кількості ВРПЖ у масштабах країни представлені при обґрунтуванні проекту Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір».

Корисність застосування методики оцінки ВРПЖ беззаперечна. Переваги зазначеного підходу полягають в тому, що індекс ВРПЖ являє собою об'єктивний і чутливий показник вимірювань; базується на міжнародних і хронологічних порівняннях; надає точні цілі та оцінки для скорочення поширеності певних захворювань (інфекційних, неінфекційних та травм) за допомогою адекватної профілактики і лікування. Кількісна оцінка втрат суспільства, спричинених передчасною смертністю, є інструментом обґрунтування політичних рішень, який допомагає формувати державну політику у сфері громадського здоров'я, спираючись на аргументи визначення пріоритетності тих або інших заходів.

## **Методика розрахунку показника / індексу втрачених років потенційного життя (ВРПЖ)**

В дослідженні використовувався метод потенційної демографії. Інформаційною базою дослідження були офіційні дані Державного комітету статистики України та Головного управління статистики в Закарпатській області щодо кількості населення та випадків смерті в регіоні.

В основу показників потенційної демографії покладено час, який у середньому проживе представник сукупності кожної вікової групи відповідно до рівня смертності, що існує в сучасних умовах у досліджуваній групі населення. Порогове значення задається в залежності від цілей розрахунку (в нашому випадку це 65 років). Зазначимо, що на сьогодні у розвинутих країнах світу в якості порогового значення у дослідженнях використовують 70 років, іноді середню очікувану тривалість життя. Організацією економічного співробітництва і розвитку (OECD), яка застосовує стандартизований показник YPLL для міжнародних порівнянь оцінки прогресу в зниженні передчасної смертності, за пороговий вік обрано 70 років. У дослідженні Global burden of disease-2010 використовували максимально можливу величину тривалості життя для певної вікової групи (на сьогодні – японських жінок).

Розміри втрат життєвого потенціалу від окремих нозологій, усіх причин та певного класу в цілому представлено в людино – роках. Методом визначення втрат життєвого потенціалу населення було обрано його обчислення з урахуванням ймовірності дожиття до верхньої межі працездатного віку.

Алгоритм розрахунку втрат життєвого потенціалу населення за цим методом був використаний нами для обчислення кількості недожитих людино – років з урахуванням дожиття населення Закарпатської області до

65 років у 2016 році. Обчислення втрат життєвого потенціалу через передчасну смертність здійснювалось за формулою:

$$\sum \text{Людино – років} = \sum [(65 - X_{0-5}) * n_1 * P_1 + \dots + (60 - X_{60-64}) * n_{13} * P_{13}] ,$$

де  $X_{0-5}$ ,  $X_{60-64}$  – середній вік смерті в кожній віковій групі;  $n_1$ ,  $n_{13}$  – кількість померлих у відповідних групах;  $P_1$ ,  $P_{13}$  – показник імовірності дожиття до 65 років осіб, померлих в кожній віковій групі з урахуванням середнього віку настання смерті ( $X_{0-5}$ ,  $X_{60-64}$ ).

Показник імовірності дожиття до 65 років в Україні розраховувався за стандартними таблицями смертності.

Кількість ВРПЖ розраховується як сума різниць років між пороговим значенням віку смерті і фактичним віком смерті всіх осіб, померлих протягом року в молодших за пороговий вікових інтервалах.

При розрахунках враховується як загальна смертність, так і від окремих причин смерті. Показник (індекс) років втраченого потенційного життя являє собою роки втраченого потенційного життя на 1000 осіб у віці до 65 років (або до вибраного значення).

Показник ВРПЖ розраховувався за формулою:

$$\frac{\sum (65 - \text{age of death}) \times \text{number of deaths at each age}}{\text{Number of people ages 65 and younger}} \times 100,000$$

## Обсяг і структура втрачених років потенційного життя від ХОТ населення регіону як критерію оцінки демографічних втрат в Закарпатській області

З метою вивчення факторів ризику смертності від ХОТ було проведено аналіз епідеміологічної ситуації щодо захворюваності та поширеності гастроентерологічних захворювань в цілому по класу та за окремими нозологіями серед населення Закарпатської області. Так, в ході проведеного дослідження встановлено, що стан здоров'я дорослого населення Закарпатської області у 2016 році характеризується значною питомою вагою ХОТ у структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення регіону всіх вікових груп.

Зокрема для дорослого населення (11% проти 10,5% в Україні структури поширеності хвороб та 7,3% проти 4,4% в країні в структурі захворюваності), з переважанням загальнодержавних показників поширеності ХОТ серед населення цієї вікової групи та захворюваності на ХОТ в усіх вікових групах населення області (рис. 1- 2).

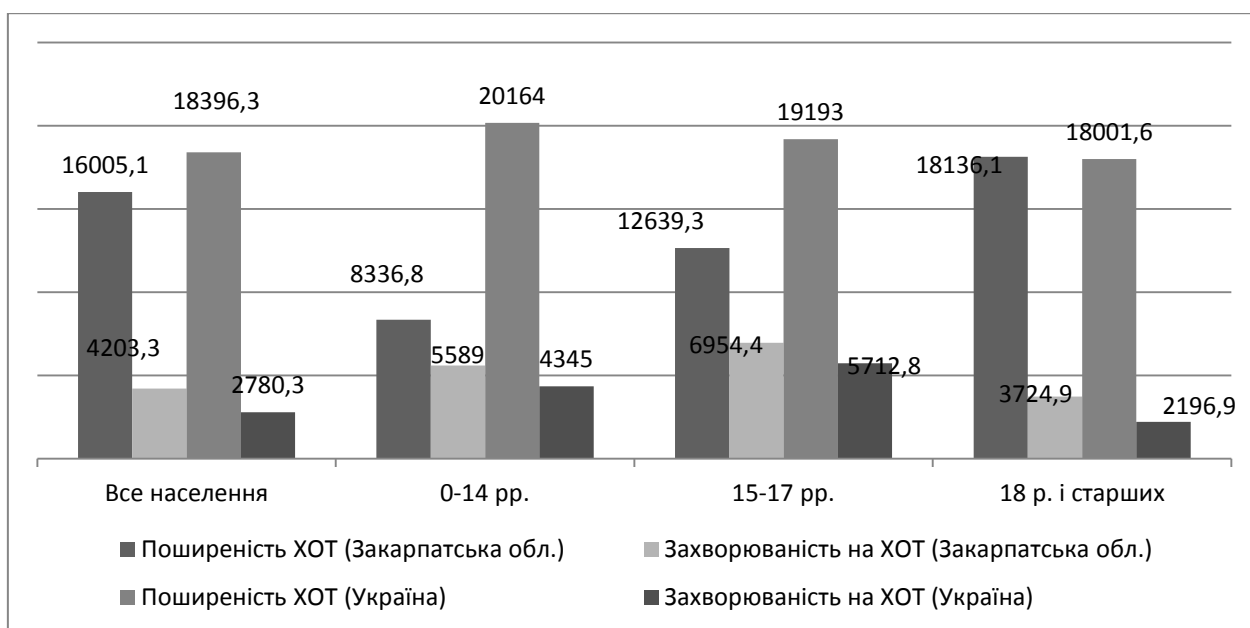


Рис. 1. Захворюваність та поширеність хвороб органів травлення (Закарпатська область, Україна, 2016 р., на 100 тис. населення)

| Частка в структурі, % |                       | Все населення | 0-14 р. | 15-17 р. | 18 р. і старших |
|-----------------------|-----------------------|---------------|---------|----------|-----------------|
| Область               | Поширеність ХОТ       | 4,1           | 6,5     | 8,6      | 11              |
|                       | Захворюваність на ХОТ | 6,9           | 5,9     | 8        | 7,3             |
| Україна               | Поширеність ХОТ       | 9,7           | 5,9     | 8,9      | 10,5            |
|                       | Захворюваність на ХОТ | 4,1           | 3,3     | 4,6      | 4,4             |

Рис. 2. Частка хвороб органів травлення в структурі захворюваності та поширеності хвороб (Закарпатська область, Україна, 2016 р., на 100 тис. населення)

В структурі поширеності ХОТ серед дорослого населення найбільший вплив мали гастрити і дуоденіти (ГД), холецистити й холангіти (ХХ) та хвороби підшлункової залози (ХПЗ). Перші 3 рейтингові місця в структурі захворюваності належали – ГД, диспепсії (Д) та хворобам кишечника (ХК) (рис. 3).

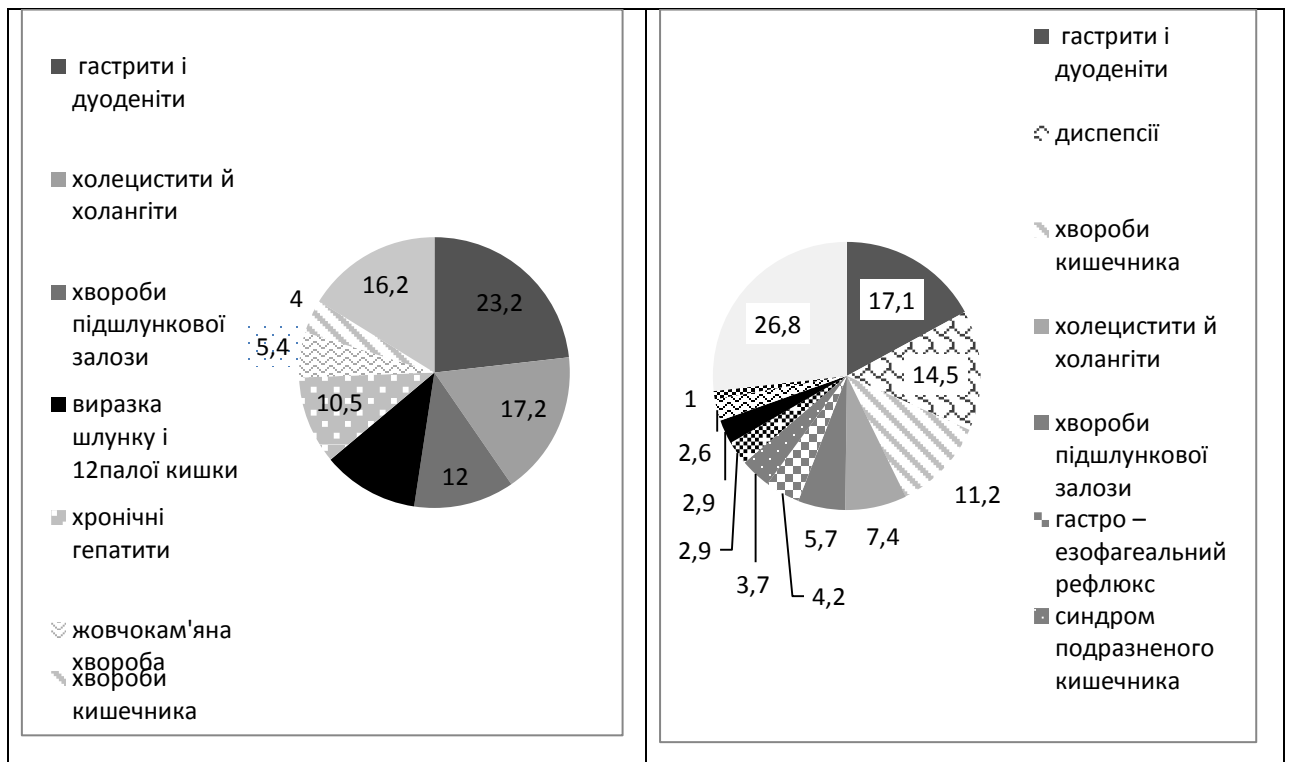


Рис. 3. Частка окремих гастроентерологічних захворювань у структурі поширеності та захворюваності на хвороби органів травлення (Закарпатська область, Україна, 2016 р., на 100 тис. населення)

При цьому, попри зниження поширеності ХОТ серед дорослого населення області в динаміці за 2006 – 2016 рр. майже на чверть, захворюваності на ХОТ майже наполовину та їх частки у відповідних структурах, такий прогностично важливий показник як індекс накопичення хвороб (ІНХ) по класу ХОТ в області зріс майже на третину. Слід наголосити, що в динаміці за досліджувані 10 років зростання ІНХ серед дорослого населення Закарпатської області характерно для всіх нозологій класу ХОТ, окрім ЖК. Найбільшим індексом накопичення характеризувалися наступні патології: хронічні гепатити (ХГ) - (+) 40%, холецистити й холангіти (ХХ) - (+) 43% та жовчокам'яна хвороба (ЖКХ) - майже вдвічі.

Вивчення епідеміологічної ситуації щодо ХОТ в розрізі окремих біогеохімічних зон Закарпатської області виявило найвищі рівні захворюваності та їх поширеності серед дорослого населення в передгірській

зоні. Серед всього населення поширеність ХОТ переважала в низинній зоні, захворюваність на ХОТ – у передгірській. При цьому, рівень поширеності ХОТ серед дорослого населення був вищим, ніж серед населення в цілому, а захворюваності на ХОТ, навпаки.

Вивчення смертності від ХОТ дорослого населення в 2016 р. довело вищу значущість ХОТ в Україні як причини демографічних втрат, що підтверджує високий рівень смертності (у віці до 65 років – майже вдвічі порівняно з країнами Європейського регіону ВООЗ) з яскраво вираженою статевою диспропорцією (у 2,4 раза вищі показники смертності для чоловіків), та зростання майже на третину (31,3 %) за 1991 – 2016 рр., а також зміна місця в ієрархії причин смерті з п'ятого на четверте. Попри наявне зниження передчасної смертності від ХОТ в Україні за 2006 – 2016 рр., розрив з аналогічним європейським показником поглибився і досяг 2,1 раза.

Основну частину втрат внаслідок смертності від ХОТ формують хвороби печінки (70,2 %), в тому числі на алкогольну хворобу печінки припадає 8,3 %. Водночас, значними є і втрати внаслідок злоякісних новоутворень органів травлення (47,0 на 100 тис. нас. у 2016 р., або третина смертельних випадків (33,0 %) від усіх злоякісних новоутворень.

Виявлено, що на відміну від ситуації в Україні, де смертність від ХОТ серед сільського населення переважає над смертністю серед міського (41,9 та 47,7 на 100 тис. нас.), в Закарпатській області, навпаки, переважає смертність серед міського населення (63,8 проти 62,0 на 100 тис. нас.).

Вивчення смертності від ХОТ дорослого населення в 2016 р. на регіональному рівні показало перевищення її рівнів в Закарпатській області в 1,4 раза відносно України, зокрема серед міського населення (в 1,5 раза) та більш суттєво для жінок – в 1,7 раза. Більшою є і частка ХОТ в структурі смертності населення Закарпатської області (5,3 % проти 4,5 % в Україні).

В розрізі досліджуваного регіону, смертність від ХОТ серед міського населення є вищою, ніж серед сільського, що не відповідає тенденції

показника в Україні. Водночас, серед чоловіків у 1,7 раза перевищує відповідну серед жінок (рис. 4).

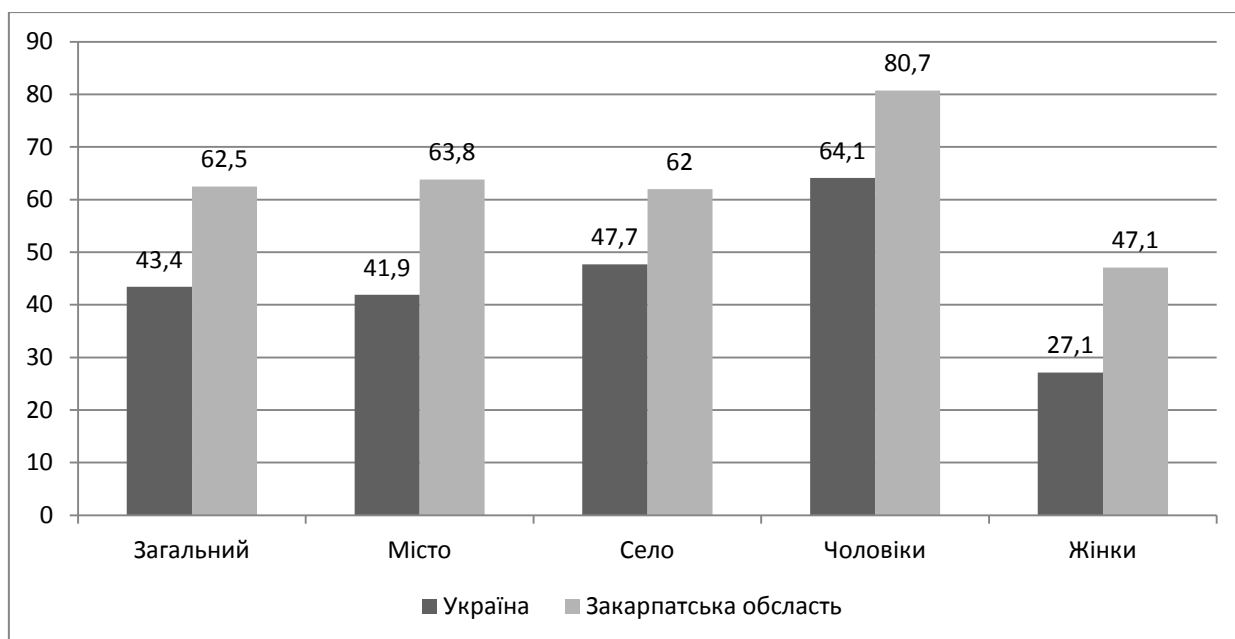


Рис. 4. Рівень смертності від ХОТ населення Закарпатської області та України за статтю та місцем проживання (на 100 тис. населення, 2016 р.)

Оцінка втрат років потенційного життя через передчасну смертність в Україні довела, що абсолютна кількість втрачених років в 2016 р. становила майже 2,5 млн. людино – років (2435785); показник (індекс) втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) внаслідок настання смерті до досягнення до 65 років склав 6825,9 на 100 тис. населення. розраховано, що на долю ХОТ припадає 223440 людино – років або 9,2 % у структурі всіх втрат. Висока рангова позиція (четверте місце у структурі як смертності, так і ВРПЖ ) актуалізує проблему цього класу захворювань у формуванні як реальних, так і потенційних втрат років життя населення України та потребує вивчення як причин цього явища, так і розробки заходів з метою їх мінімізації.

При цьому, виявлено суттєву статеву диференціацію показника ВРПЖ в Україні: більш, ніж вдвічі вищий для українських чоловіків, ніж співгромадянок (897,8 проти 367,5 на 100 тис. осіб у віці 0 – 64 роки), що



характеризує частіше раннє настання смерті чоловіків від патологій даного класу.

Однак, в Закарпатській області показник ВРПЖ виявився вищим порівняно з Україною (на 34,1%), в т.ч. для обох статей, однак більшою мірою для жінок (на 73,2%). При порівнянні показників за статтю всередині області, вищими є значення для чоловічого населення (в 1,6 раза).

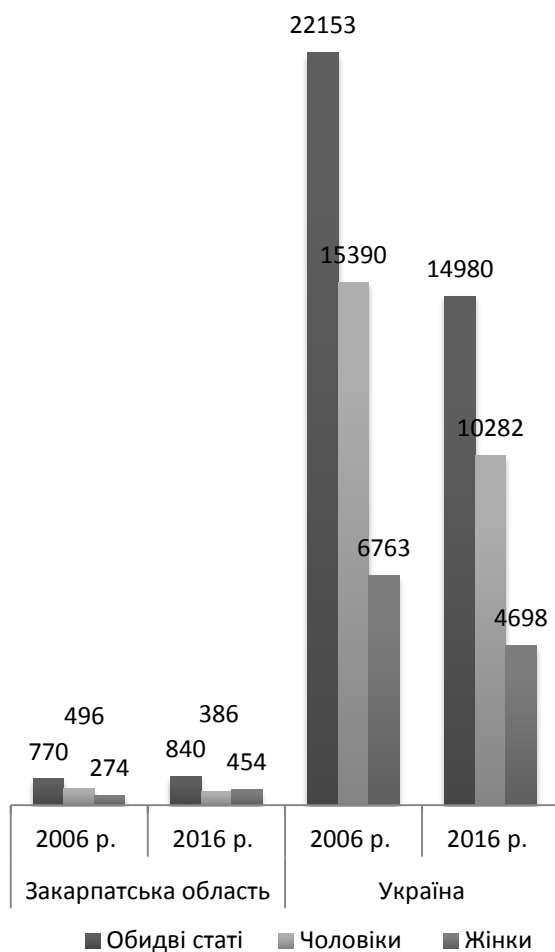
Кількість недожитих років внаслідок передчасної смертності від ХОТ та індекс ВРПЖ в динаміці за 2006 – 2016 рр. характеризується тенденцією до зниження як в області, так і в Україні (на 22% та 33%). Однак, на відміну від України, кількість померлих від патологій класу ХОТ в Закарпатській області за цей період зросла майже на 10%, причому більшою мірою серед жінок (майже вдвічі).

В розрізі окремих біогеохімічних зон Закарпатської області індекс ВРПЖ та кількість абсолютних втрат були найвищими в низинній зоні. При цьому, попри вищий індекс ВРПЖ у гірській зоні порівняно з передгірською, тут спостерігаються в 2,5 раза менші абсолютні втрати.

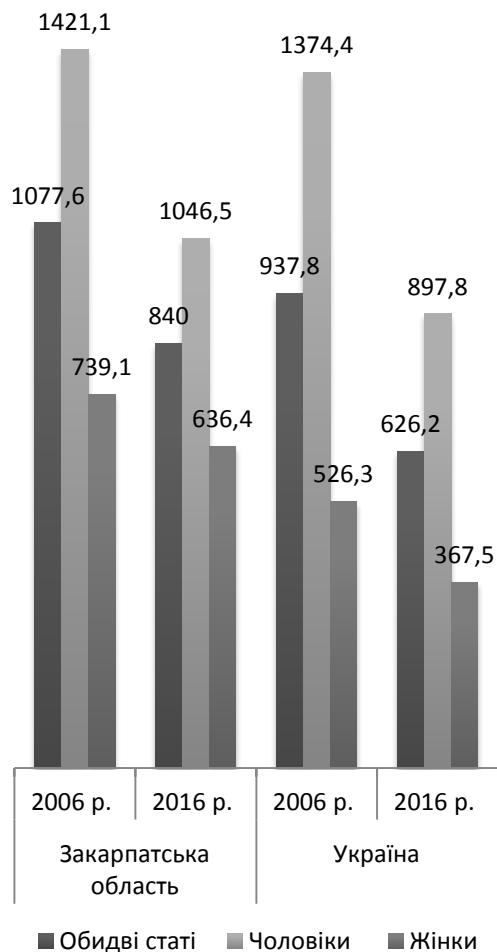
Однак, якщо порівняти стандартизовані показники, найгірша ситуація спостерігалась у гірській зоні: більш, ніж у шість разів перевищують обласні значення, втричі – показники у низинній зоні та у 2,6 раза – у передгірській зоні.

Абсолютна більшість ВРПЖ (89,6 %) у 2016 р. в області обумовлена трьома основними нозологіями: гострим панкреатитом (ГП), фіброзом і цирозом печінки (ФЦП) та алкогольною хворобою печінки (АХП). Щодо основних нозологій класу ХОТ найгіршою виявилась ситуація також у гірській зоні: переважання індексу ВРПЖ від зазначених патологій в інших зонах коливалось від 1,5 раза до 4 раза, обласних значень – понад сім разів (рис. 5).

## Кількість померлих



## Індекс ВРПЖ



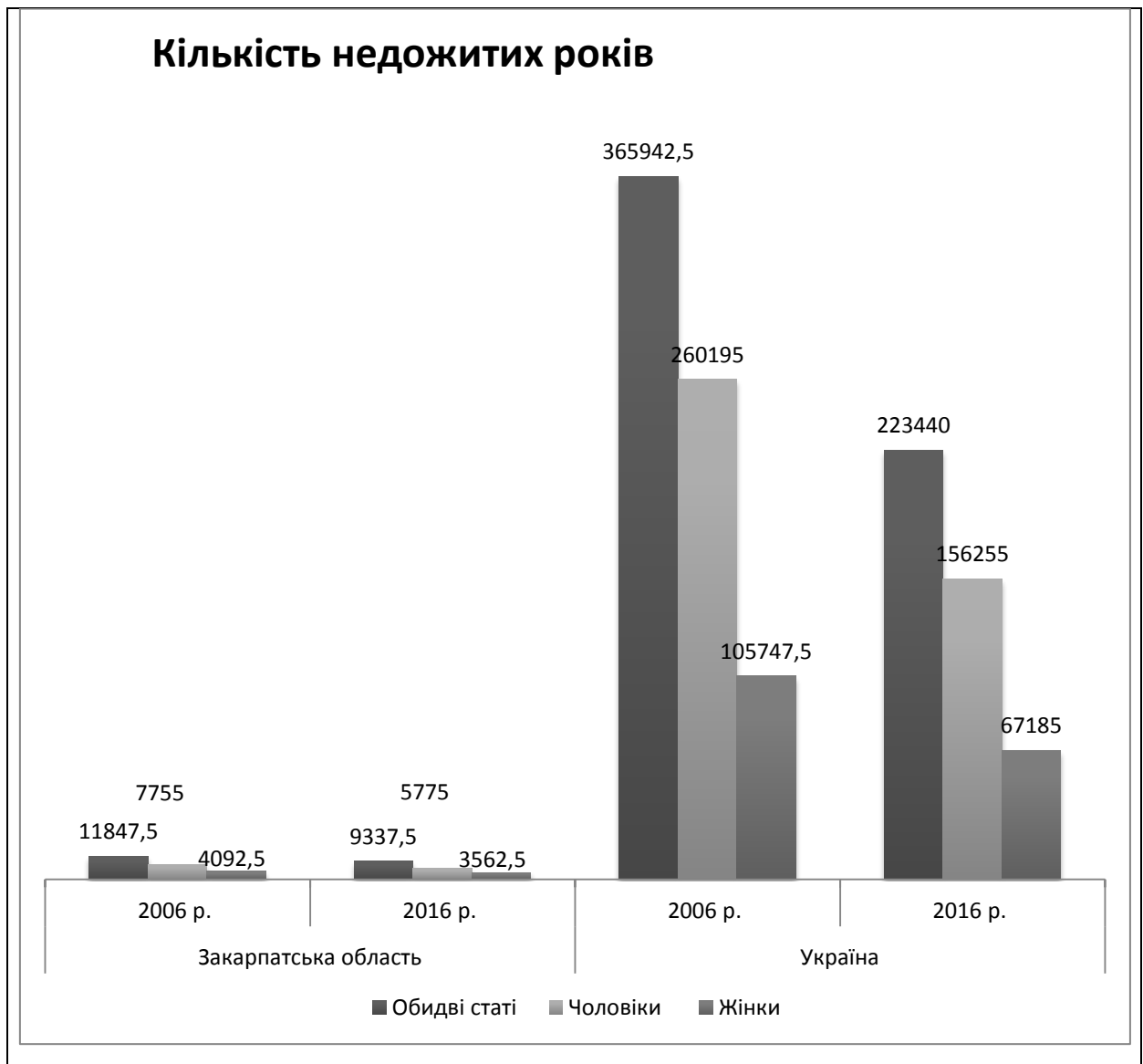


Рис. 5. Динаміка показника ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ, недожитих років і абсолютної кількості смертей від ХОТ населення Закарпатської області та України за статтю (на 100 тис. нас. 0-64 рр., 2006-2016 рр.)

Як показало соціологічне дослідження, основним фактором ризику щодо ХОТ серед респондентів були соціально – економічні проблеми. Респонденти в своїх відповідях зазначили про значні витрати власних коштів на медичні цілі впродовж епізоду захворювання, зокрема на медикаменти (69,5%) та діагностичні обстеження (40,4 %). Також виявлено, що практично кожний другий опитаний звернувся за медичною допомогою через місяць і більше

від початку проявів хвороби, практично кожний третій – через кілька днів, а частка осіб, що не звернулися за медичною допомогою є майже втричі меншою за частку осіб, що звернулися через рік і більше.

Серед основних причин зволікання більшість респондентів зазначили брак часу та коштів, а також відсутність фахівця в найближчому лікувальному закладі і неможливість проведення необхідного діагностичного обстеження.

Таким чином, на основі розрахованих обсягу і структури ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ було науково обґрунтовано необхідність розробки моделі зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні.

## **Наукове обґрунтування функціонально – організаційної моделі зниження смертності від хвороб органів травлення на регіональному рівні (на прикладі Закарпатської області)**

Базуючись на отриманих під час комплексного дослідження результатах були визначені концептуальні основи створення удосконаленої системи зниження смертності від ХОТ, базуючись на якій розроблено та науково обґрунтовано функціонально – організаційну модель зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні (рис.6).

Об'єктом впливу є стан здоров'я населення, суб'єктом впливу – хворі на ХОТ. Усунення соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я з мінімізацією негативного впливу способу життя і соціальних детермінант стало стратегічним напрямком запропонованої моделі. Тактичним напрямком моделі є раннє виявлення та профілактика гастроентерологічних захворювань та безперервне підвищення якості медичної допомоги на основі міжсекторального підходу.

Основними шляхами реалізації моделі з метою управління ризиками смертності від ХОТ є розробка відповідних профілактичних програм, підвищення якості та ефективності ПМСД із залученням у процес лікарів інших спеціальностей, співпраця із спеціалістами ВНЗ і Держпромпродспоживслужби, постійний моніторинг епідситуації щодо ХОТ на основі показників ВРПЖ. Науковий блок моделі включає комунікації, безперервну до- та післядипломну підготовку спеціалістів та створення регіональних Центрів ГЗ.

Міжсекторальний підхід визначає суб'єкти міжсекторальної взаємодії, основними з яких є ЛПЗ, в роботі яких забезпечується спадкоємність між рівнями, заклади системи громадського здоров'я, соціальна служба, недержавні організації та Держпромпродспоживслужба.

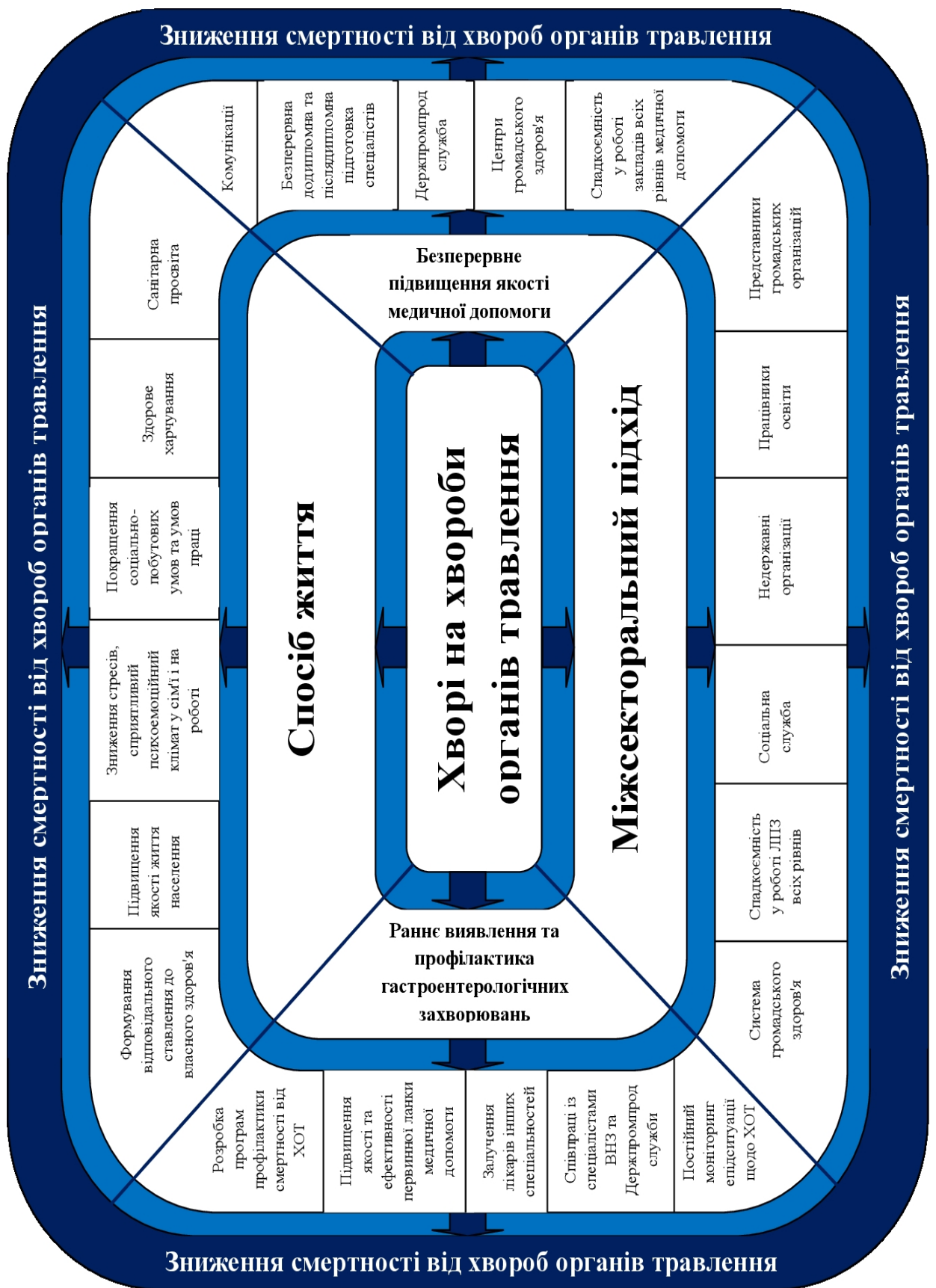


Рис. 6. Функціонально – організаційна модель зниження смертності від хвороб органів травлення на регіональному рівні

Таким чином, запропонована модель визначає основні елементи, ресурси, шляхи реалізації та виконавців на різних рівнях управління, вирішуючи актуальну наукову проблему обґрунтування функціонально – організаційної моделі зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні.

## Висновки:

1. Смертність від ХОТ у Закарпатській області характеризується значними регіональними відмінностями: на 44,0 % вищий за загальноукраїнський рівень (62,5 проти 43,4 на 100 тис. нас.); більша частка у структурі (5,3 % проти 4,5 %), особливо для жінок (5,2 % проти 3,8 %); нижча статева диспропорція (1,7 раза проти 2,4 раза в Україні). Доведено більшу значущість смертності від ХОТ для жіночого населення Закарпатської області має в порівнянні з Україною, що потребує гендерного підходу в розробці регіональних профілактичних заходів.

2. Розраховано показник (індекс) ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ в Закарпатській області, який у 2016 році становив 840 на 100 тис. населення, що на 34,1 % перевищує аналогічний в Україні (626,2 на 100 тис. населення), при чому більшою мірою для жінок (в 1,7 раза). Незважаючи на зниження показника ВРПЖ від ХОТ з 2006 р. на 22,0 % (1077,6 на 100 тис. населення), статева диспропорція залишається значною (1046,5 проти 636,4 на 100 тис. населення).

3. Абсолютна більшість ВРПЖ (88,6 %) у 2016 р. в Закарпатській області обумовлена трьома основними нозологіями – гострий панкреатит (33,0 %), фіброз і цироз печінки (31,8 %) та алкогольна хвороба печінки (23,8 %). Показано, що особливістю втрат років потенційного життя в Закарпатській області є вдвічі більша частка, ніж в Україні, що припадає на алкогольну хворобу печінки (23,8 % проти 11,1 %), причому серед жінок це переважання істотніше (31,6 % проти 11,3 %), що може свідчити про вплив шкідливого вживання алкоголю на формування демографічних втрат населення регіону. Відповідно, переважання показника ВРПЖ внаслідок цієї патології для жінок у 2016 р. було майже п'ятиразовим (201,0 проти 41,4 на 100 тис. осіб), для чоловіків – в два рази вищим (198,9 проти 98,6 на 100 тис. осіб). Також найбільшу частку в структурі в Закарпатській області зумовлював гострий панкреатит, натомість в Україні – фіброз і цироз печінки.



4. Виявлено територіальну диференціацію рівня ВРПЖ залежно від біогеохімічної зони. Найгірша ситуація спостерігалась у гірській зоні як щодо всього класу ХОТ, так і основних нозологій: стандартизований показник ВРПЖ в п'ять разів вищий за обласний, втричі – за показник у низинній зоні та у півтори раза – у передгірській зоні. Відповідно, для гострого панкреатиту співвідношення індексу ВРПЖ порівняно з низинною зоною становило понад сім разів, фіброзу та цирозу печінки – більш, ніж у чотири раза. Відмінності у показниках ВРПЖ між передгірською і низинною зонами були меншими, однак їх переважання порівняно з обласними за різними нозологіями коливались від чотирьох до семи разів.

5. Розроблено та науково обґрунтовано функціонально – організаційну модель зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні (на прикладі Закарпатської області). Усунення соціальних нерівностей у сфері охорони здоров'я з мінімізацією негативного впливу способу життя і соціальних детермінант стало стратегічним напрямком запропонованої моделі. Тактичним напрямком моделі визначено раннє виявлення та профілактику гастроентерологічних захворювань за безперервного підвищення якості медичної допомоги з використанням міжсекторального підходу.

### **Список використаних джерел:**

1. Колодяжна О. І. Визначення втрачених років здорового життя від професійних захворювань за методом DALY / Колодяжна О. І., Нагорна А. М. // Укр. журнал з проблем медицини праці. – 2013.– № 2 (35). – С. 11–15.

2. Рынгач Н. А. Оценка потерянных лет потенциальной жизни вследствие младенческой смертности / Рынгач Н. А., Моисеенко Р. А. // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013. – Спецвыпуск на русском языке. – С.81–84.
3. Рингач Н. О. Громадське здоров'я в Україні як чинник національної безпеки : монографія / Н. О. Рингач. – К. : Вид-во НАДУ, 2009. – 296 с.
4. Чепелевська Л.А. Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу / Чепелевська Л. А., Рингач Н. О., Чернобривенко О. О. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С.103–107.
5. Gardner J.W. Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? / J. W. Gardner, J. S. Sanborn // Epidemiology. – 1990. – Jul;1(4). – P. 322–329.
6. Health Indicators 2012 : annual reports / Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. – 130 p.
7. Latvia Health system review 2012. Health system review: European Observatory on Health Systems and Policies – Vol. 14. – № 8. – 2012. [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/186072/e96822.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf)
8. Premature mortality in the United States: public health issues in the use of years of potential life lost // MMWR (Morb Mortal Wkly Rep.) – 1986. – № 35. – P.1S–11S.
9. Principles of Epidemiology (Second edition) Self-Study Course 3030-G CDC / R. Dicker, N. Gathany, P. Anderson, B. Segal, S. Smith, Ph. Thompson / US Department of Health & Human Services, 12/92 [Electronic resource]. – Access mode : <http://pubhealth.spb.ru/EpidD/>
10. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010. GBD Profile: Ukraine // <http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Ukraine.pdf>

11. Глобальное бремя болезней (Global burden of disease): Порождение доказательств, направление политики : региональное издание для Европы и Центральной Азии. – WA, 2013. – С. 48
12. European Health for All database (HFA-DB) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
13. Age-standardised rates [Электронный ресурс] // Office for National Statistics. – Crown Copyright, 2014. – Режим доступа: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/user-guidance/health-and-life-events/age-standardised-mortality-rate-calculation-template-using-the-2013-esp.xls>.
14. Global status report on alcohol and health 2014–p. 14. ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1))
15. Чепелевська Л.А. Роль хвороб органів травлення у структурі причин смертності населення в регіонах України / Л.А. Чепелевська, О.М. Орда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2011.— № 4. — С. 42–45.

**Визначення показнику втрачених років потенційного життя від хвороб  
органів травлення**

Методичні рекомендації

**Організація розробник:**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Ужгородський національний університет

**Укладачі**

Керецман А.О., Рогач І.М., Рингач Н.О., Слабкий Г.О.

Наклад: 50 примірників