

2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Здоров'я населення є результатом соціально-історичного розвитку суспільства, життєздатності людей, що проживають на певній території в ряді поколінь. Головним пріоритетом демократичних держав, до яких прагне наблизитися й Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення. Воно є одним із найбільш складних, багатофункціональних і динамічних у часі понять, що якісно характеризує населення країни.

Вивчення тенденцій та закономірностей захворюваності населення є важливою складовою вирішення та планування стратегічних завдань розвитку, як галузі охорони здоров'я, так і держави в цілому. Основними показниками стану здоров'я населення України, які мають підлягати динамічному спостереженню та аналізу з метою застосування необхідних державних та громадських заходів, є демографічні показники чисельності населення та його статевовікового складу, народжуваності, загальної смертності та її причин, смертності немовлят та інших вікових груп, природного приросту населення, середньої очікуваної тривалості життя, репродуктивного здоров'я, а також захворюваності населення – загальної, дитячого населення, населення працездатного віку і старших вікових груп, інфекційної, професійної, травматизму, захворюваності на особливо небезпечні соціальні хвороби. Показники інвалідності та захворюваності з тимчасовою втратою працездатності мають особливе соціально-економічне значення, причини зростання яких вимагають постійного вивчення.

2.1. Закономірності стану здоров'я населення України

На всіх етапах розвитку охорони здоров'я вивченню захворюваності приділялась велика увага. Захворюваність вивчалася за даними спеціальних досліджень, у тому числі поглиблених, у роки проведення переписів, за статистичними даними. Нині в Україні функціонує сучасна система медиком-статистичної служби, розгалужена мережа її закладів дозволяє отримати диференційовану картину захворюваності різних статевовікових груп населення.

Важливими показниками стану здоров'я населення є захворюваність і поширеність хвороб. Захворюваність характеризує можливість адаптації населення до чинників довкілля, а поширеність хвороб значною мірою відображає накопичення хронічної патології, і зростання показника поширеності зумовлено, у тому числі, й успіхами в лікуванні хвороб та подовженням тривалості життя хворих з гострими невідкладними станами.

Аналіз показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення України протягом ряду років свідчить про стійкі тенденції до її зростання. Так, за період 2005–2009 рр. рівень первинної захворюваності зріс на 2,85% і досягнув у 2009 р. 71,9 тис. випадків на кожні 100 тис. населення (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед всього населення України
у 2005–2009 рр. (абсолютні дані та на 100 тис. всього населення)

Показники стану здоров'я		Рік				
		2005	2006	2007	2008	2009
Захворюваність	абс.	32 911 979,0	32 239 554,0	32 807 274,0	32 466 559,0	33 031 754,0
	на 100 тис.	69 876,1	68 962,8	70 605,4	70 285,6	71 865,4
Поширеність	абс.	81 310 961,0	81 613 534,0	83 068 293,0	83 751 304,0	84 862 015,0
	на 100 тис.	172 633,0	174 577,5	178 773,4	181 310,1	184 629,7

Найвищі показники захворюваності населення в 2009 р. виявлено в м. Києві (96,7 тис. на 100 тис. населення), Івано-Франківській (91,5 тис.), Львівській (86,3 тис.), Дніпропетровській (85,5 тис.), Вінницькій (85,2 тис. на 100 тис. населення) областях. Водночас у Сумській (50,4 тис.), Луганській (55,9 тис.), Запорізькій (57,6 тис.), Кіровоградській (58,9 тис.), Полтавській (58,9 тис.) областях та АР Крим (53,95 тис. на 100 тис. населення), де рівень первинної захворюваності не перевищив 60 тис. на 100 тис. населення.

Існують вікові, статеві, територіальні відмінності в показниках захворюваності населення. Як правило, дитяче населення має найвищі рівні захворюваності порівняно із старшими віковими групами. Це зумовлено фізіологічними особливостями дитячого віку. У 2009 р. захворюваність дітей становила 11 млн 412 тис. (1394,0 на 1000 дітей), дорослого населення працездатного віку – 63 760,2 на 100 тис. населення, дорослого населення непрацездатного віку – 52 099,6 на 100 тис. населення.

Рівні захворюваності серед всього населення за основними класами хвороб мають різні тенденції (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Динаміка структури захворюваності за основними класами хвороб у 2006–2009 рр.
(на 100 тис. населення)

Клас хвороб		Рік		
		2006	2008	2009
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	28 465,8	29 595,5	31 608,4
	питома вага	41,3%	42,1%	44,06%
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	5199,2	5363,6	5271,8
	питома вага	7,5%	7,6%	7,3%
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	4896,2	4899,8	4707,2
	питома вага	7,1%	7,0%	6,6%
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	4647,0	4623,1	4655,7
	питома вага	6,7%	6,6%	6,5%
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4077,5	4136,6	4113,0
	питома вага	5,9%	5,9%	5,7%
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	3448,4	3718,6	3523,2
	питома вага	5,0%	5,3%	4,9%
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	3416,2	3392,3	3360,0
	питома вага	5,0%	4,8%	4,7%

Основу структури захворюваності традиційно формують хвороби органів дихання (44,0%), системи кровообігу (7,34%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,6%), хвороби сечостатевої системи (6,5%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,72%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,9%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,7%), хвороби органів травлення (4,15%) та інші (рис. 2.1.1).

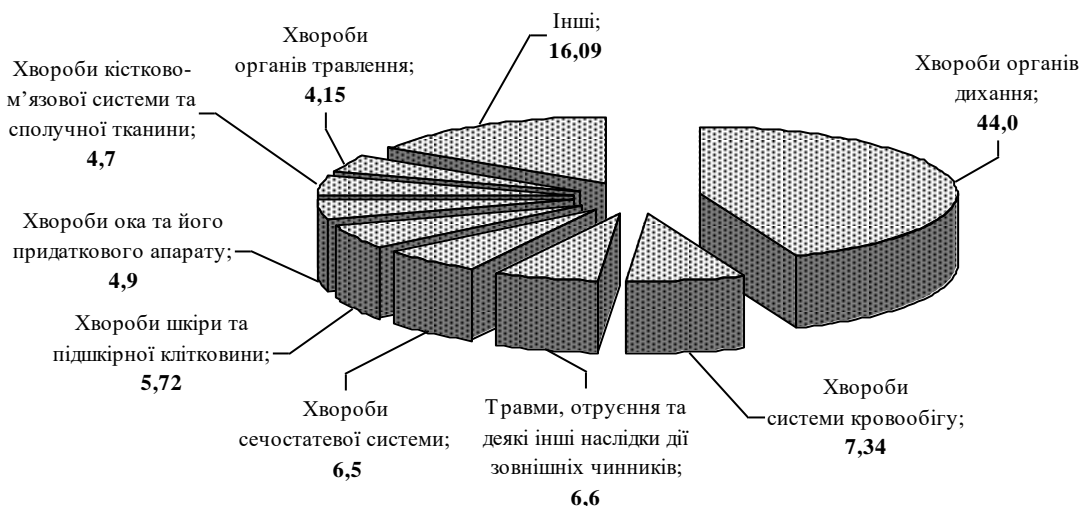


Рис. 2.1.1. Структура захворюваності серед всього населення України у 2009 р. (%)

За останні п'ять років показник кількості зареєстрованих захворювань всього зріс на 6,9%. Найвищі рівні поширеності хвороб в 2009 р. зареєстровані в: м. Києві (240 063,4 на 100 тис. населення), у Вінницькій (220 617,3), Черкаській (214 122,1), Дніпропетровській (209 693,4), Київській (202 431,1) та Харківській (202 300,8) областях, при середньому показнику по Україні 184 629,7.

Структуру поширеності формують: хвороби системи кровообігу (30,5%), хвороби органів дихання (20,7%), хвороби органів травлення (9,61%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,44%), хвороби сечостатевої системи (5,36%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,9%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,43%). Сумарна частка цих хвороб у структурі поширеності становить 80,94% (табл. 2.1.3).

Таблиця 2.1.3

Динаміка структури поширеності за класами хвороб у 2006–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Клас хвороб		Рік		
		2006	2008	2009
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	51 784,6	55 315,5	56 274,0
	питома вага	29,7%	30,5%	30,5%
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	34 824,7	36 005,1	38 138,5
	питома вага	19,9%	19,9%	20,7%
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	16 954,6	17 656,3	17 753,7
	питома вага	9,7%	9,7%	9,6%

Продовження таблиці 2.1.3

Клас хвороб		Рік		
		2006	2008	2009
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	9804,6	10 031,7	10 044,7
	питома вага	5,6%	5,5%	5,4%
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	9432,7	9736,9	9901,5
	питома вага	5,4%	5,4%	5,4%
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	8911,7	8954,5	9049,1
	питома вага	5,1%	4,9%	4,9%
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	7666,9	8049,6	8181,9
	питома вага	4,4%	4,4%	4,4%

Хоча значення питомої ваги майже однакові, показники на 100 тис. населення характеризуються значним зростанням.

Найбільшими темпами зростала поширеність хвороб системи кровообігу +11,95%, новоутворень +10,6%, ендокринних хвороб, розладів харчування, порушень обміну речовин +9,3%, природжених аномалій +8,05%, сечостатевої системи +7,32%, органів травлення +7,0%, органів дихання +6,7%, нервової системи +4,16%, кістково-м'язової системи та сполучної тканини +4,06%, крові та кровотворних органів +3,98%, хвороб ока та його придаткового апарату +2,2%, хвороб вуха та соскоподібного відростка +2,2%, шкіри та підшкірної клітковини +0,8% (рис. 2.1.2).

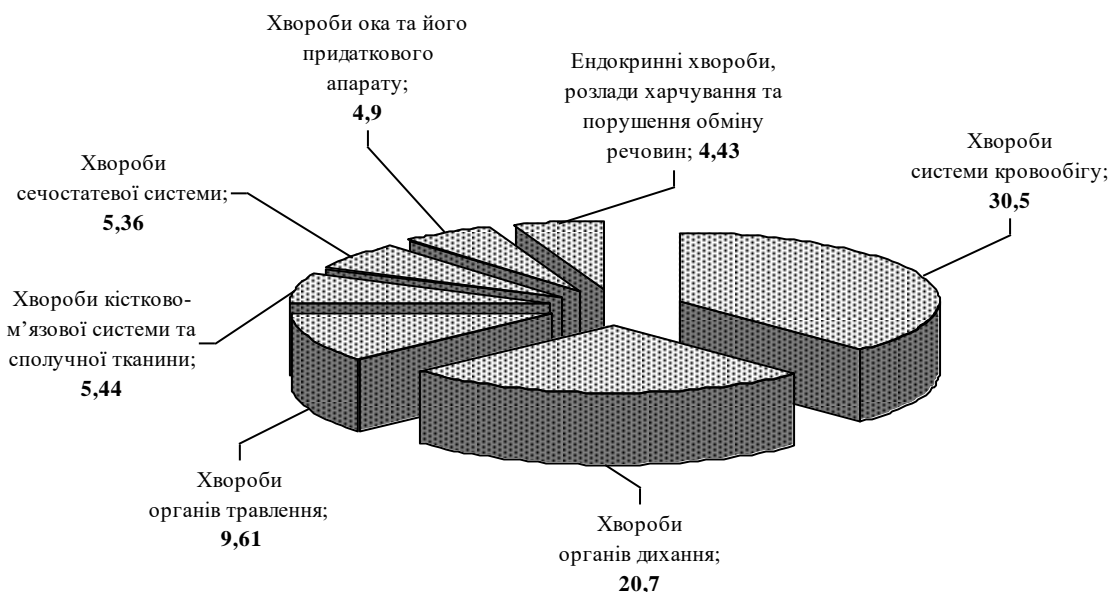


Рис. 2.1.2. Структура поширеності хвороб серед всього населення України у 2009 р. (%)

Впродовж 2004–2009 рр. спостерігалось зменшення захворюваності на ряд хвороб, а саме: деякі інфекційні та паразитарні хвороби (рис. 2.1.3), хвороби крові й кровотворних органів, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, розлади психіки та поведінки, симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках.

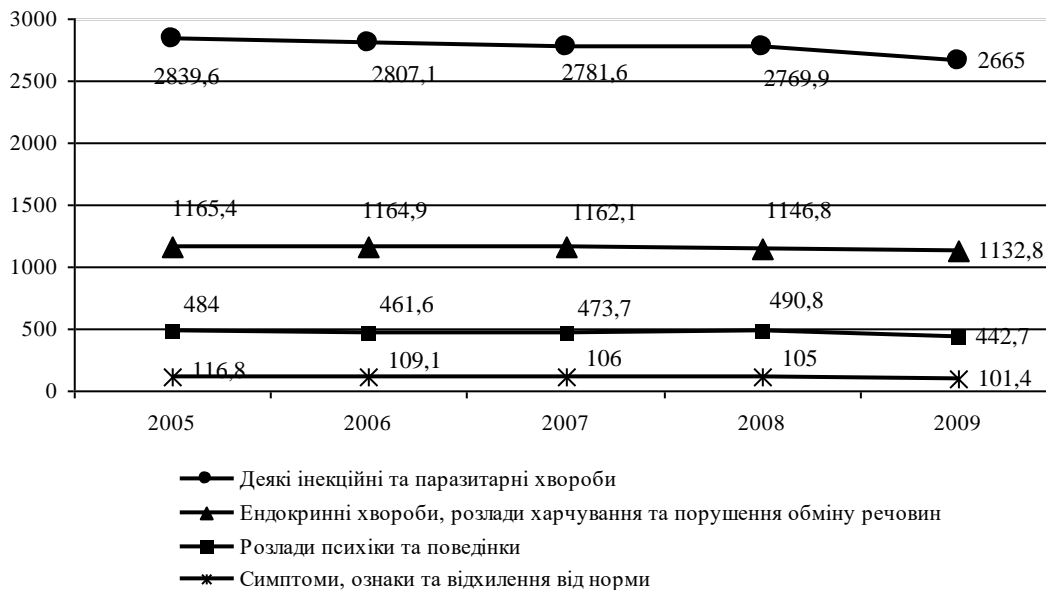


Рис. 2.1.3. Динаміка показника захворюваності за окремими класами хвороб (на 100 тис. населення)

Порівняно з 2008 р. зареєстровано помірне зменшення захворюваності з приводу ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду (в 2008 р. – 5030,8, в 2009 р. – 4922,5 на 100 тис. населення); хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (в 2008 р. – 3392,3, в 2009 р. – 3360,0 на 100 тис. населення); хвороби шкіри та підшкірної клітковини (в 2008 р. – 4136,6, в 2009 р. – 4113,0 на 100 тис. населення); хвороби системи кровообігу (в 2008 р. – 5363,6, в 2009 р. – 5271,8 на 100 тис. населення); новоутворення (в 2008 р. – 1198,4, в 2009 р. – 885,9 на 100 тис. населення).

Важливу роль у формуванні показників захворюваності відіграють хронічні неінфекційні хвороби, рівень яких за останні роки значно зріс. Ця тенденція є характерною для більшості країн світу. Для України важливими медико-соціальними проблемами є окремі хронічні неінфекційні хвороби – системи кровообігу, злоякісні новоутворення, ендокринні та алергічні захворювання. Підлягає постійному моніторингу захворюваність на соціально небезпечні інфекційні хвороби, зокрема туберкульоз, ВІЛ/СНІД, ЗПСШ.

За підсумками 2009 р. показник захворюваності за більшістю класів хвороб має негативну динаміку. Так, протягом п'ятирічного періоду найбільшими темпами зросла захворюваність на: хвороби органів дихання (+7,15%), хвороби ока та його додаткового апарату (+2,77%), хвороби нервової системи (+2,45%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (+2,34%), хвороби сечостатевої системи (+0,4%).

Серед вперше виявлених в 2009 р. хвороб системи кровообігу 40,23% складає гіпертонічна хвороба, у структурі поширеності за цим класом гіпертонічна хвороба складає 46,0% (45,99%). Найвищі рівні захворюваності на гіпертонічну хворобу виявлені у Харківській (3605,0), Закарпатській (2615,0), Одеській (2563,9) областях, найнижчий – в м. Севастополі (1074,6 на 100 тис. населення), хоча за поширеністю

гіпертонічної хвороби м. Севастополь має найвищий показник – 32 051,3 на 100 тис. населення, при середньому по Україні значенні – 25 878,2.

У структурі хвороб органів дихання переважають гострі захворювання, лише 12,9% складають хронічні стани: хронічний риніт, назофарингіт, фарингіт, ларингіт, ларинготрахеїт, бронхіт, хронічні хвороби мигдаликів та аденоїдів (табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4

Структура захворюваності та поширеності хвороб органів дихання
(абсолютні дані та на 100 тис. населення)

Нозологія		Захворюваність	Поширеність
Гострий фарингіт, тонзиліт	на 100 тис.	1750,3	1750,3
	абс.	804 483,0	804 483,0
Гострий ларингіт, трахеїт	на 100 тис.	1722,9	1722,9
	абс.	791 889,0	791 889,0
Пневмонія	на 100 тис.	571,3	571,3
	абс.	262 568,0	262 568,0
Алергічний риніт	на 100 тис.	122,4	301,5
	абс.	56 266,0	138 594,0
Хронічний риніт, назофарингіт, фарингіт	на 100 тис.	123,7	486,1
	абс.	56 844,0	223 426,0
Хронічні хвороби мигдаликів, аденоїдів	на 100 тис.	365,1	1233,5
	абс.	167 816,0	566 947,0
Хронічний ларингіт, ларинготрахеїт	на 100 тис.	24,0	123,6
	абс.	11 035,0	56 814,0
Хронічний бронхіт	на 100 тис.	182,1	2552,9
	абс.	83 715,0	1 173 406,0
Бронхіальна астма	на 100 тис.	29,2	515,4
	абс.	13 432,0	236 918,0

У структурі хвороб органів травлення на виразку шлунка та ДПК припадає 14,0%, гастрити та дуоденіти – 24,0%, хронічні гепатити – 4,3 %, жовчнокам'яну хворобу – 3,3%, холецистит, холангіт – 20,0%, хвороби підшлункової залози – 10,6% (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5

Структура захворюваності та поширеності хвороб органів травлення
(абсолютні дані та на 100 тис. населення)

Нозологія		Захворюваність	Поширеність
Виразка шлунка	на 100 тис.	134,6	2305,6
	абс.	61 873,0	1 059 739,0
Гастрити та дуоденіти	на 100 тис.	491,2	4250,0
	абс.	225 766,0	1 953 453,0
Хронічний гепатит	на 100 тис.	71,4	758,5
	абс.	32 809,0	348 829,0

Продовження таблиці 2.1.5

Нозологія		Захворюваність	Поширеність
Жовчнокам'яна хвороба	на 100 тис.	89,1	588,5
	абс.	40 960,0	270 474,0
Холецистит, холангіт	на 100 тис.	285,0	3463,4
	абс.	131 010,0	1 591 895,0
Хвороби підшлункової залози	на 100 тис.	197,9	1876,2
	абс.	90 976,0	862 346,0

В Україні за підсумками 2009 р. у структурі хвороб ока та його придаткового апарату захворюваність на катаракту складає 288,4 на 100 тис. населення, що в структурі захворювань за цим класом складає 8,2%. Найвища захворюваність на катаракту виявлена у м. Севастополі (487,4), Дніпропетровській (461,9) та Херсонській (421,2 на 100 тис. населення) областях. Найнижчою вона була у Закарпатській області – 67,3 на 100 тис. населення. Міопія в структурі вперше виявлених хвороб ока та його придаткового апарату в 2009 р. складає 7,4%, що у структурі поширеності за цим класом становить 15,7%.

У структурі хвороб вуха та соскоподібного відростка патологія середнього вуха складає 50,0% (49,98%).

У структурі показника поширеності хвороб нервової системи хвороби периферичної нервової системи складають 20,0%. Питома вага показника виявлених вперше хвороб периферичної нервової системи серед усіх хвороб нервової системи перевищує 30,0% (33,8%).

У структурі хвороб крові та кровотворних органів понад 85,0% припадає на залізодефіцитні анемії, причому за поширеністю хвороб крові та кровотворних органів вони також становлять 86,0%. Найвищі рівні захворюваності на залізодефіцитні анемії в 2009 р. зареєстровано в Івано-Франківській (1019,5 на 100 тис. населення), Черкаській (980,2), Вінницькій (873,6), Хмельницькій (864,2), Рівненській (814,2) областях при середньому по Україні значенні 413,9 на 100 тис. населення. Високими залишаються рівні поширеності залізодефіцитних анемії у Вінницькій (4263,6), Хмельницькій (3134,0), Івано-Франківській (3038,4) областях та м. Севастополі (3253,8) при середньому по Україні значенні 1499,6 на 100 тис. населення.

У структурі хвороб ендокринної системи патологія щитовидної залози за показником вперше виявлених хвороб складає 42,73%, за поширеністю – 46,5% (рис. 2.1.4).

На цукровий діабет припадає 21,74% вперше виявлених в житті ендокринних захворювань, та за поширеністю – 31,5%. Питома вага інсулінзалежного діабету серед вперше виявлених хворих на цукровий діабет складає 11,07%. Серед усіх хворих на цукровий діабет кожен сьомий має інсулінзалежний його тип (рис. 2.1.5).

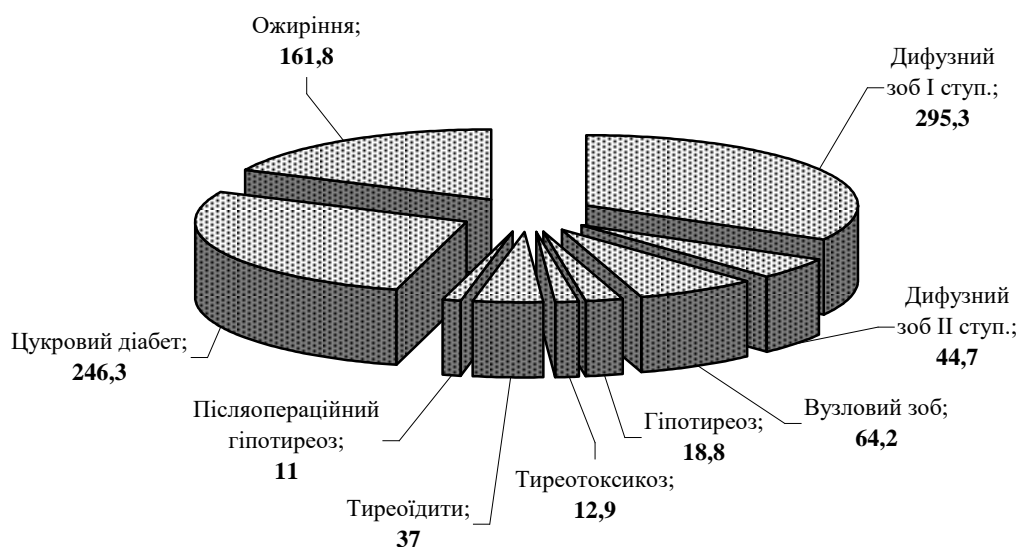


Рис. 2.1.4. Структура захворюваності на хвороби ендокринної системи (на 100 тис. населення)

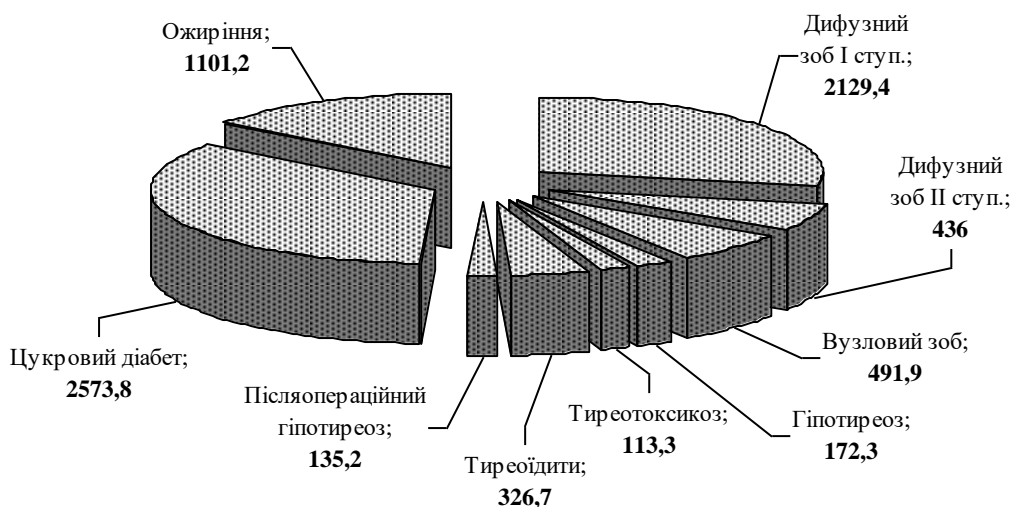


Рис. 2.1.5. Структура поширеності хвороб ендокринної системи (на 100 тис. населення)

Важливою характеристикою соціального благополуччя населення є стан психічного здоров'я. В умовах соціально-економічної нестабільності, яку переживає Україна, і значної поширеності стресових ситуацій спостерігається збільшення кількості випадків психічних захворювань з ускладненням їх перебігу, тенденція до зміни класичних форм психічних розладів, інвалідизації психічних хворих. У структурі захворюваності переважають психічні розлади непсихотичного характеру. Міське населення має вищі рівні захворюваності порівняно з сільським. Найвищі рівні поширеності розладів психіки та поведінки в 2009 р. виявлено в: АР Крим (5388,2), Херсонській (5998,4), Луганській (5615,4),

Хмельницькій (5387,4), Донецькій (5217,4 на 100 тис. населення) областях. Приблизно кожен 20-й хворий у таких регіонах має зареєстрований в закладах охорони здоров'я розлад психіки та поведінки. Разом з тим, за підсумками 2009 р., найнижчі рівні поширеності розладів психіки та поведінки зареєстровано в м. Києві (3675,8) та Вінницькій (3944,9 на 100 тис. населення) області.

Захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби залишається індикатором соціально-економічних проблем суспільства. Інфекційні хвороби займають провідне місце серед причин передчасної смерті та у структурі тимчасової непрацездатності, впливаючи таким чином на економічний та трудовий потенціал країни. За останні 20 років з'явилося багато нових інфекційних хвороб, причому проти більшості з них і досі не існує засобів профілактики та лікування.

Незважаючи на зниження в цілому по Україні показника вперше виявлених інфекційних та паразитарних хвороб ці показники залишаються високими у м. Севастополі (3822,7 на 100 тис. населення), Івано-Франківській (3337,9), Житомирській (3337,1), Дніпропетровській (3283,6), Миколаївській (3164,3), Одеській (3084,4), Донецькій (3031,4) та Волинській (3022,0 на 100 тис. населення) областях при середньому по Україні значенні цього показника 2665 на 100 тис. населення.

У 2009 р. в Україні рівень захворюваності на всі новоутворення становив 885,9 на 100 тис. всього населення, що свідчить про зростання порівняно з минулим роком (у 2008 р. – 879,5 на 100 тис. населення). Найвищі рівні поширеності новоутворень виявлено в м. Києві (5425,0), м. Севастополі (5089,0), Харківській (4832,1), Сумській (4727,6), Миколаївській (4551,2 на 100 тис. населення) областях. Найнижчі рівні поширеності новоутворень за підсумками 2009 р. були в Закарпатській (2490,5) та Івано-Франківській (2905,5 на 100 тис. населення) областях при середньому по Україні значенні – 3944,4 на 100 тис. населення.

Питанням онкозахворюваності, діагностики та лікування хворих з цією патологією присвячено розділ Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. «Боротьба з раком». Щорічно проводиться аналіз онкозахворюваності в Україні, для виконання розроблених завдань та заходів залучаються усі причетні до цієї проблеми міністерства та відомства, що забезпечує комплексний міжгалузевий підхід до вирішення цієї проблеми. Заходи щодо зниження захворюваності на рак та подовження життя хворих зі злоякісними новоутвореннями виконуються в межах Державної програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року».

Одним із найважливіших показників здоров'я населення є інвалідність, яка повною мірою може бути одним із показників якості та ефективності соціально-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів. Нині в органах соціального захисту на обліку перебуває близько 2,67 млн осіб (5,8%). Порівняно з минулим роком первинна інвалідність дорослого населення зменшилася, склавши в 2009 р. 46,4 на 10 тис. дорослого населення, в 2008 р. – 48,5 на 10 тис. дорослого населення (табл. 2.1.6).

Таблиця 2.1.6

Первинна інвалідність дорослого населення України у 2008–2009 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2008 р.		2009 р.		% зростання
	абс. кількість	на 10 тис. нас.	абс. кількість	на 10 тис. нас.	
АР Крим	7642	47,2	7365	45,4	-3,7
<i>Область</i>					
Вінницька	7697	57,1	7085	52,8	-7,6
Волинська	3999	50,2	3825	47,9	-4,4
Дніпропетровська	12 591	44,7	12 292	43,9	-1,9
Донецька	20 412	53,4	18 217	47,9	-10,2
Житомирська	5546	53,1	5444	52,4	-1,3
Закарпатська	4297	45,3	4148	43,6	-3,8
Запорізька	7145	46,8	6811	44,8	-4,3
Івано-Франківська	4754	44,0	4555	42,0	-4,6
Київська	6680	47,1	6483	45,8	-2,6
Кіровоградська	3891	46,1	3911	46,7	1,4
Луганська	8950	45,0	8722	44,2	-1,8
Львівська	10 851	53,5	10 812	53,3	-0,4
Миколаївська	5218	53,2	5194	53,1	-0,1
Одеська	10 036	51,7	9504	48,9	-5,4
Полтавська	6065	48,1	6028	48,1	-
Рівненська	4451	50,7	4421	50,4	-0,7
Сумська	3808	38,2	3762	38,0	-0,5
Тернопільська	4138	47,5	3936	45,2	-4,8
Харківська	9473	40,3	8743	37,3	-7,5
Херсонська	3874	43,3	3675	41,2	-4,8
Хмельницька	6755	62,1	5444	50,2	-19,1
Черкаська	4904	45,4	4928	45,8	0,9
Чернівецька	3250	45,8	3209	45,1	-1,6
Чернігівська	5161	54,7	4952	53,1	-3,1
<i>Місто</i>					
Київ	10 204	45,0	10 304	45,0	-
Севастополь	1702	53,5	1617	50,7	-5,2
Україна	183 494	48,5	175 387	46,4	-4,2

Основні принципи створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для функціонування системи підтримки фізичного, психічного і соціального благополуччя інвалідів визначено в Законі України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р. Моніторинг первинної інвалідності дорослого населення в Україні та її

регіонах традиційно здійснює Український НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) за даними медико-соціальних експертних комісій (МСЕК). У 2009 р. охоплення моніторингом інвалідів становило від 90,0% до 100% від їх загальної кількості. Про максимальний – 100% – моніторинг звітували 14 (51,8%) регіонів.

На виконання рішення Комітету Верховної Ради України у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів «Про медичну реабілітацію інвалідів-спінальників та їх санаторно-курортне оздоровлення» від 16.07.2009 р. спільним наказом МОЗ та АМН України № 938/78 від 10.12.2009 р. затверджені заходи стосовно цієї групи інвалідів на 2010–2012 рр., у яких передбачено:

- опрацювання питання щодо створення єдиного реєстру інвалідів із травмами хребта з ураженням спинного мозку та іншими формами спінальної патології;
- організаційно-правові засади щодо стану надання медичної допомоги інвалідам при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку, його суттєвого поліпшення та забезпечення системного підходу в сфері лікування та оздоровлення;
- опрацювання питання щодо створення в Україні міжрегіональних центрів або відділень у складі закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги хворим при спинномозкових травмах та інвалідам при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку;
- розробку та впровадження єдиної системи медичної реабілітації хребта з ураженням спинного мозку та іншими формами патології, що супроводжується ураженням спинного мозку;
- заходи, спрямовані на покращення роботи медико-соціальних експертних комісій у частині належної підготовки, оформлення та видачі (лікарсько-консультативними комісіями) індивідуальних програм реабілітації.

Таким чином, здоров'я населення залежить від соціального та економічного благополуччя, важливу роль відіграє здоровий спосіб життя, адекватне харчування, належні умови життя та побуту, стан навколишнього природного середовища, планування сім'ї та спадковість. В Україні розв'язання актуальних проблем охорони здоров'я населення України забезпечується через виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, указів Президента України, рішень уряду, національних і державних програм, якими визначено пріоритетні напрямки, що мають найсильніший вплив на показники здоров'я різних верств населення.

2.2. Закономірності стану здоров'я дитячого населення України

Діти – це майбутнє нації, ресурс суспільства у сенсі його трудового, оборонного, інтелектуального потенціалу. Намагання забезпечити їм здоровий початок життя є одним з пріоритетів діяльності держави.

Здоров'я дитини можна охарактеризувати як стан її життєдіяльності, що відповідає біологічному віку, гармонійній єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, а також адекватному формуванню адаптаційних та компенсаторних можливостей організму в процесі його росту.

Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму передбачає виявлення особливостей і тенденцій стану здоров'я дітей, визначення пріоритетних проблем, обґрунтування шляхів профілактики.

Важливим критерієм оцінки здоров'я дітей є показники захворюваності (вперше виявлені хвороби) та поширеності (всі хвороби).

У 2009 р. в Україні серед дитячого населення (0–17 років) кількість вперше виявлених хвороб становила 11 млн 412 тис. випадків, або 1394,0 на 1000 дітей. Це більше порівняно з 2005 р. на 11,4%, порівняно з 2008 р. – на 4,5% (рис. 2.2.1).

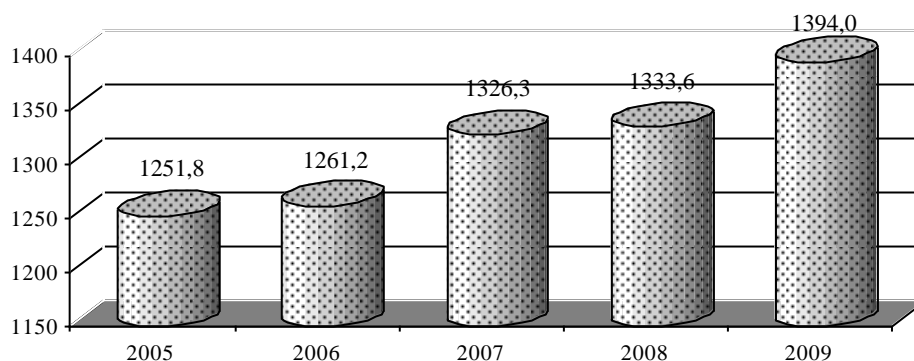


Рис. 2.2.1. Захворюваність дітей у період 2005–2009 рр.
(на 1000 дитячого населення)

У 2009 р. кількість звернень дитячого населення з приводу всіх хвороб досягла 15 млн 872 тис. (або 1938,9 на 1000 тис. дітей); перевищення порівняно з 2005 р. становило 7,8%, порівняно з 2008 р. – 2,8% (рис. 2.2.2).

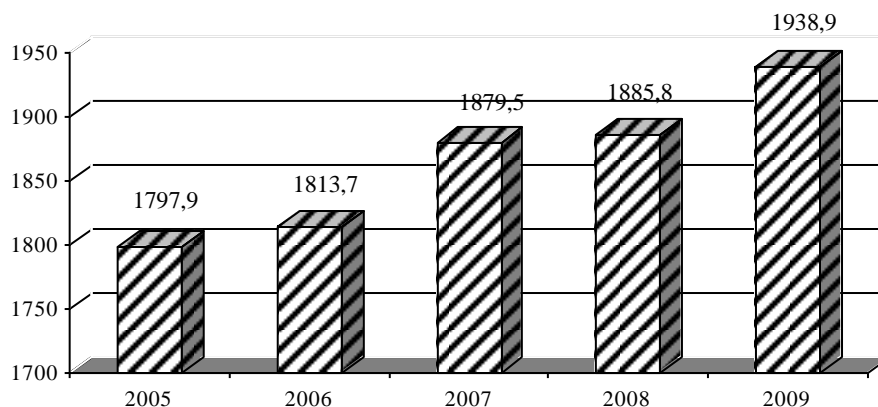


Рис. 2.2.2. Поширеність хвороб серед дітей у період 2005–2009 рр.
(на 1000 дитячого населення)

У структурі захворюваності дітей, як і в попередні роки, переважали хвороби органів дихання (65,6%), шкіри та підшкірної клітковини (5,3%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,9%), хвороби органів травлення (3,8%) травми та отруєння (3,8%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,3%), вуха та соскоподібного відростка (2,9%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (2,2%) – перші вісім рангових місць (табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Структура захворюваності дітей за окремими класами хвороб (%)

Клас хвороб	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,4	4,3	4,3	4,2	3,9
Новоутворення	0,24	0,25	0,25	0,24	0,23
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	1,9	1,9	1,9	1,6	1,6
Розлади психіки та поведінки	0,49	0,48	0,48	0,46	0,42
Хвороби нервової системи	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
Хвороби ока та його придаткового апарату	3,5	3,5	3,5	3,4	3,3
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	3,1	3,0	3,0	3,0	2,9
Хвороби системи кровообігу	0,74	0,74	0,74	0,73	0,74
Хвороби органів дихання	62,5	62,7	62,7	63,8	65,6
Хвороби органів травлення	4,4	4,1	4,1	3,9	3,8
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	5,7	5,7	5,7	5,6	5,3
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2,5	2,5	2,5	2,3	2,2
Хвороби сечостатевої системи	2,4	2,4	2,4	2,2	2,1
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	-	-	-	0,79	0,73
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,41	0,42	0,42	0,41	0,42
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3,9	4,0	4,0	4,0	3,8
Усі хвороби	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Структуру поширеності хвороб серед дітей у 2009 р. формували переважно хвороби органів дихання (50,5%), травлення (7,6%), ока та його придаткового апарату (5,3%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,9%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (4,4%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,4%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,2%), хвороби нервової системи (3,2%) – перші вісім рангових місць (табл. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2

Структура поширеності хвороб серед дітей за окремими класами (%)

Клас хвороб	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3,6	3,6	3,5	3,5	3,2
Новоутворення	0,40	0,42	0,42	0,43	0,42
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5,8	5,6	5,3	5,2	4,9
Розлади психіки та поведінки	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8
Хвороби нервової системи	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2
Хвороби ока та його придаткового апарату	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3

Продовження таблиці 2.2.2

Клас хвороб	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3
Хвороби системи кровообігу	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
Хвороби органів дихання	47,1	47,2	48,6	48,6	50,5
Хвороби органів травлення	8,2	8,1	7,9	7,9	7,6
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	4,6	4,6	4,6	4,6	4,4
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	4,7	4,7	4,6	4,5	4,4
Хвороби сечостатевої системи	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	-	-	0,58	0,56	0,52
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	2,8	2,9	2,9	2,9	2,8
Усі хвороби	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Динаміку рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед дітей наведено у табл. 2.2.3 та 2.2.4.

Таблиця 2.2.3

Захворюваність дітей за окремими класами хвороб у період 2005–2009 рр.
(на 1000 дитячого населення)

Клас хвороб	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	55,3	54,3	55,0	56,7	53,8
Новоутворення	3,0	3,1	3,1	3,2	3,2
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	17,1	17,4	17,5	17,2	16,6
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	24,2	23,4	23,0	22,3	22,4
Розлади психіки та поведінки	6,2	6,1	6,0	6,1	5,8
Хвороби нервової системи	20,7	21,6	21,5	22,0	22,0
Хвороби ока та його придаткового апарату	43,8	43,5	45,0	45,6	46,6
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	38,2	38,3	40,5	39,8	39,9
Хвороби системи кровообігу	9,2	9,4	9,2	9,8	10,3
Хвороби органів дихання	782,7	790,1	847,2	851,6	914,2
Хвороби органів травлення	50,8	51,1	52,0	52,3	53,2
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	71,8	72,1	47,7	74,1	73,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	31,1	31,0	30,0	30,3	30,3
Хвороби сечостатевої системи	29,8	29,8	30,2	30,0	29,7
Вагітність, пологи та післяпологовий період	-	-	-	2,2	2,0
Окремі стани, що виникли в перинатальному періоді	-	-	10,8	10,6	10,0
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	5,2	5,4	5,3	5,5	5,8
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	48,6	50,2	52,0	53,2	53,2
Усі хвороби	1251,8	1261,2	1326,3	1333,6	1394,0

Таблиця 2.2.4

Поширеність окремих класів хвороб серед дітей у період 2005–2009 рр.
(на 1000 дитячого населення)

Клас хвороб	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	65,1	65,3	64,9	66,4	62,8
Новоутворення	7,1	7,6	7,9	8,1	8,2
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	43,6	44,4	44,8	44,7	43,9
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	103,4	101,9	99,8	97,6	95,1
Розлади психіки та поведінки	36,3	35,9	35,7	35,6	34,5
Хвороби нервової системи	60,4	62,4	62,4	63,0	62,8
Хвороби ока та його придаткового апарату	98,4	99,9	101,6	102,0	102,5
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	42,9	42,9	45,0	44,4	44,4
Хвороби системи кровообігу	33,4	33,6	33,6	34,3	35,3
Хвороби органів дихання	847,2	855,4	912,9	917,0	979,8
Хвороби органів травлення	147,1	147,2	148,4	149,0	146,7
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	83,3	83,9	86,4	85,9	85,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	85,3	86,0	85,5	85,7	84,9
Хвороби сечостатевої системи	55,4	56,0	56,9	56,6	56,2
Вагітність, пологи та післяпологовий період	-	-	-	2,6	2,3
Окремі стани, що виникли в перинатальному періоді	-	-	10,8	10,6	10,0
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	23,0	23,7	24,5	25,6	26,6
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	50,7	52,2	54,0	55,1	55,2
Усі хвороби	1797,9	1813,7	1879,5	1885,8	1938,9

Станом на 01.01.2009 р. в Україні нараховувалося 166,2 тис. дітей-інвалідів (або 199,6 на 10 тис. дітей). Вперше стали інвалідами 18,4 тис. дітей (або 22,1 на 10 тис. дітей). Найбільшу кількість дітей-інвалідів було зареєстровано у Рівненській (229,5), Хмельницькій (221,8), Вінницькій (221,5), Івано-Франківській (220,4) областях.

Серед окремих видів патології у дитячому віці на особливу увагу заслуговують *інфекційні та паразитарні хвороби*. Вони мають велику питому вагу у структурі захворюваності та поширеності і можуть бути причиною значних ускладнень здоров'я. У 2009 р. кількість вперше виявлених випадків становила 53,8% і знизилася порівняно з 2005 р. на 2,7%, порівняно з 2008 р. – на 4,1%. Знизилася також і поширеність хвороб у період 2005–2009 рр. – на 3,5%, за попередній рік – на 5,4%.

В Україні впродовж останніх п'яти років рівень захворюваності дітей на новоутворення коливався від 3,0‰ (2005 р.) до 3,2‰ (2009 р.), поширеності – від 7,1‰ (2005 р.) до 8,2‰ (2009 р.). Приріст захворюваності за останні чотири роки становить 7,0%, поширеності – 14,8%. У структурі ЗН у дітей переважають лейкози, злоякісні новоутворення головного мозку та інших відділів нервової системи, лімфоми.

Здоров'я дитячого населення характеризується високими рівнями захворюваності на хвороби крові й кровотворних органів (16,6 випадку на 1000 вперше виявлених хвороб і 43,9 – усіх хвороб). Зареєстровано зниження захворюваності, як порівняно з 2005 р., так і з 2008 р., і поширеності порівняно з 2008 р. (рис. 2.2.3).

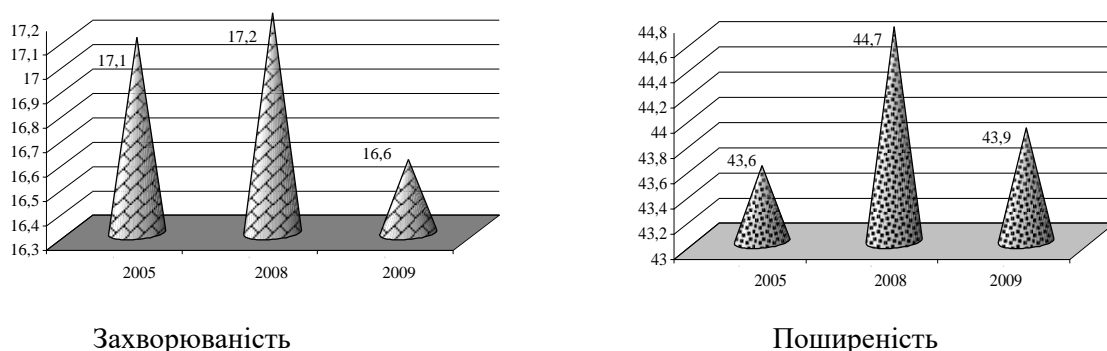


Рис. 2.2.3. Рівні захворюваності на хвороби крові й кровотворних органів та їх поширеності серед дітей у 2005, 2008, 2009 рр. (на 1000 дитячого населення)

Ендокринна патологія займає 1,6% у структурі захворюваності і 4,9% у структурі поширеності. У 2009 р. в заклади охорони здоров'я було здійснено 778,8 тис. звертань з приводу хвороб ендокринної системи, що становить 95,1 випадку захворювань на 1000 дітей. Рівень захворюваності за цим класом формується тиреоїдною патологією, цукровим діабетом та порушеннями обміну речовин (табл. 2.2.5).

Таблиця 2.2.5

Динаміка захворюваності на хвороби ендокринної системи та їх поширеності у дітей (на 1000 дитячого населення)

Нозологічна форма		Рік		Динаміка змін (%)
		2008	2009	2009/2008 рр.
Вузловий зоб ендемічний і нетоксичний	п*	0,29	0,28	96,55
	з	0,07	0,08	114,29
Тиреотоксикоз	п	0,06	0,06	100,00
	з	0,02	0,01	50,00
Тиреоїдит	п	0,74	0,72	97,30
	з	0,17	0,17	100,00
Дифузний зоб I ст.	п	56,90	54,30	95,43
	з	9,60	9,50	98,96
Дифузний зоб II–III ст.	п	4,20	3,90	92,86
	з	0,70	0,65	92,86
Цукровий діабет	п	0,93	0,94	101,08
	з	0,12	0,12	100,00
Ожиріння	п	11,87	12,6	106,15
	з	2,97	3,10	104,38

Примітка: *п – поширеність, з – захворюваність

. Як видно з таблиці 2.2.5, у 2009 р. порівняно з 2008 р. знизилася захворюваність на тиреотоксикоз, дифузний зоб I і II–III ст., стабілізувалася захворюваність на тиреоїдит, цукровий діабет. За цей самий період знизилася поширеність тиреоїдиту, дифузного зобу I і II–III ст., стабілізувалася поширеність тиреотоксикозу. Зросла захворюваність на вузловий зоб, ожиріння

Виявлена тенденція до зниження рівня захворюваності на *розлади психіки та поведінки* – з 6,2 у 2005 р. до 5,8 на 1000 дітей у 2009 р. та, відповідно, поширеності – з 36,3 до 34,5 на 1000 дітей.

Така сама тенденція спостерігається щодо поширеності *хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини* – зниження її рівня у період 2005–2009 рр. з 85,3 до 84,9 на 1000 дітей.

Водночас за цей проміжок часу зросла захворюваність на *хвороби ока та його придаткового апарату* з 43,8 до 46,6 на 1000 дітей, а також *вуха та соскоподібного відростка* з 38,2 до 39,9 на 1000 дітей. Паралельно зросла і поширеність цих хвороб з 98,4 до 102,5 відповідно, і з 42,9 до 44,4 на 1000 дітей. Хвороби ока та його придаткового апарату формують переважно кон'юнктивіт та інші захворювання кон'юнктиви (20,6 на 1000 дітей), міопія (28,5), хвороби вуха та соскоподібного відростка – гострий отит середнього вуха (25,9 на 1000 дітей), хронічний отит середнього вуха (1,4 на 1000 дітей).

Вперше виявлені *хвороби системи кровообігу* зустрічалися у дітей з частотою 10,3 на 1000 відповідного населення, що вище порівняно з 2005 р. на 11,5%, з 2008 р. – на 5,1%, всі хвороби – з частотою 35,3 на 1000 дітей. Темп приросту поширеності у період 2005–2009 рр. становить 5,8%, за попередній рік – 2,9%. Позитивним є зниження рівня поширеності таких хвороб, як гостра ревматична гарячка (лише за останній рік на 14,3%) і хронічні ревматичні хвороби серця (на 17,0%).

Щодо найбільш поширеної серед дітей патології *органів дихання*, то кількість всіх випадків хвороб органів дихання зросла за останній рік на 6,5%, порівняно з 2005 р. – на 15,6%; кількість вперше виявлених хвороб підвищилася за ці проміжки часу на 7,4% і 16,8% відповідно (рис. 2.2.4). За останній рік спостерігалось зростання рівня поширеності пневмоній – на 14,3%, водночас знизилася кількість усіх випадків хронічного бронхіту (на 13,7%), бронхіальної астми (на 2,2%).

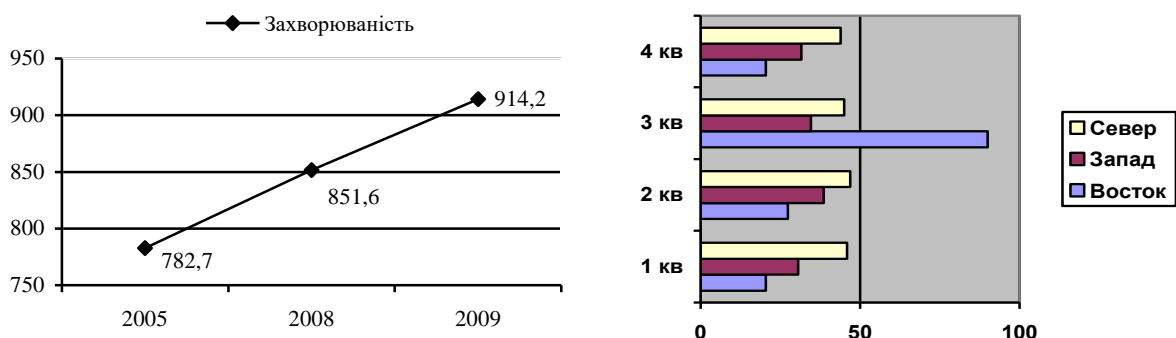


Рис. 2.2.4. Динаміка рівнів захворюваності на хвороби органів дихання та їх поширеності серед дітей у 2005, 2008, 2009 рр. (на 1000 дітей)

Хвороби органів травлення займають друге місце в структурі поширеності хвороб серед дітей з часткою 7,6%. У 2009 р. кількість хвороб цього класу становила 1 млн 201 тис. (або 146,7‰), вперше виявлених – 435 тис (або 53,2‰). Темп приросту поширеності за останній рік становив (-1,5%), захворюваності (+1,7%) і, відповідно, (-0,3%) та (+4,7%) порівняно з 2005 р. (табл. 2.2.6).

Таблиця 2.2.6

Динаміка захворюваності на хвороби органів травлення та їх поширеності у дітей (на 1000 дитячого населення)

Нозологічна форма		Рік			Динаміка змін (%)	
		2005	2008	2009	2009 / 2008 рр.	2009 / 2005 рр.
Хвороби органів травлення	п*	147,14	149,00	146,70	98,46	99,70
	з	50,83	52,30	53,20	101,72	104,66

Примітка: *п – поширеність, з – захворюваність

У 2009 р. на 1000 дітей зареєстровано 1,1 випадку виразкової хвороби шлунка та ДПК, 29,6 – гастриту та дуоденіту, 7,5 – функціональних розладів шлунка, 0,3 – хронічного гепатиту, 0,2 – жовчнокам'яної хвороби, 12,5 – хронічного холециститу, холангіту, 3,0 – хвороб підшлункової залози.

Відмічено тенденцію до зростання захворюваності на *хвороби шкіри та підшкірної клітковини* та їх поширеності. У 2009 р. зареєстровано 73,7 випадку вперше виявлених хвороб (на 1000 дітей) і 85,7 випадку усіх хвороб цього класу. Темп приросту захворюваності у період 2005–2009 рр. становив 2,6%, поширеності – 2,9%. За останній рік захворюваність знизилася з 74,4‰ до 73,7‰, поширеність – з 85,9‰ до 85,7‰.

У 2009 р. виявлено 25,1 випадку на 1000 дітей інфекцій шкіри та підшкірної клітковини, 7,6 – атопічного дерматиту, 13,2 – контактного дерматиту. Що стосується двох останніх нозологічних форм, то за останній рік захворюваність на атопічний дерматит зросла на 4,8%, на контактний дерматит – на 4,3%.

Впродовж періоду спостереження зареєстровано різноспрямовані зміни рівнів захворюваності на *хвороби сечостатевої системи* та їх поширеності: зростання поширеності цих хвороб у 2009 р. порівняно з 2005 р. і зниження порівняно з 2008 р., а також зниження захворюваності як порівняно з 2005 р., так і з 2008 р. (рис. 2.2.5).

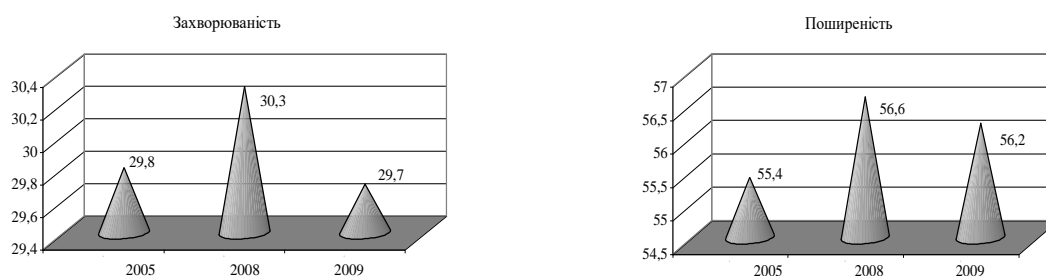


Рис. 2.2.5. Динаміка рівнів захворюваності на хвороби сечостатевої системи та їх поширеності у дітей у 2005, 2008, 2009 рр. (на 1000 дітей)

За останній рік зменшився рівень захворюваності на гострий гломерулонефрит (на 6,7%), розлади менструацій у дівчаток (на 3,9%), цистит (на 2,9%). Стабілізувалася захворюваність на хронічний гломерулонефрит, зросла – на інфекції нирок (на 2,0%), хронічний пієлонефрит (на 1,2%).

Серед дітей України продовжують зростати *природжені вади розвитку*. Темп приросту захворюваності у період 2005–2009 рр. становить 12,0%, поширеності – 15,8% (табл. 2.2.7).

Таблиця 2.2.7

Динаміка захворюваності на природжені вади розвитку та їх поширеності у дітей (на 1000 дитячого населення)

Клас хвороб		Рік			Динаміка змін (%)	
		2005	2008	2009	2009 / 2008 рр.	2009 / 2005 рр.
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	п*	22,96	25,59	26,60	103,95	115,85
	з	5,18	5,51	5,80	105,26	111,97

Примітка: * п – поширеність, з – захворюваність

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників є причиною значних соціальних та економічних збитків, смертності. Ця патологія в структурі захворюваності посідала четверте – п'яте місце з часткою 3,8%. Поширеність травм і отруєнь у 2005 р. становила 50,7‰, у 2008 р. – 55,1‰, у 2009 р. – 55,2‰, захворюваність, відповідно, 48,6‰, 53,2‰, 53,2‰. Тобто порівняно з 2005 р. зросла як захворюваність на цю патологію, так і її поширеність.

Таким чином, у *структурі захворюваності* дітей переважали хвороби органів дихання, шкіри та підшкірної клітковини, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів травлення, травми та отруєння, хвороби ока та його придаткового апарату, вуха та соскоподібного відростка, кістково-м'язової системи та сполучної тканини .

Структуру поширеності хвороб серед дітей у 2009 р. формували переважно хвороби органів дихання, травлення, ока та його придаткового апарату, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби нервової системи.

У період 2005–2009 рр. знизилась захворюваність на деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові й кровотворних органів, ендокринні хвороби, розлади психіки та поведінки, хвороби ока та його придаткового апарату, хвороби вуха та соскоподібного відростка, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби сечостатевої системи. За рештою класів хвороб захворюваність підвищилася, найбільш значно на хвороби системи кровообігу, органів дихання, природжені вади розвитку, травми та отруєння.

Аналіз здоров'я дітей свідчить про необхідність постійної підвищеної уваги до проблем дитячого і підліткового населення. В Україні важливе значення надається функціонуванню системи лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження захворюваності та інвалідності дітей, зменшення прошарку соціально-

дезадаптованих дітей а також впровадження сучасної системи їх медико-соціальної реабілітації; формування життєвого простору дитячого населення в суспільстві з урахуванням стану здоров'я.

Відомо, що ефективним шляхом збереження і зміцнення здоров'я населення є профілактика. Проблема профілактики і контролю захворювань знайшла відображення у низці найважливіших документів європейського рівня. Серед цих документів слід зазначити глобальну стратегію з вигодовування дітей раннього віку (2002.); Європейський план дій «Навколишнє середовище і здоров'я дітей» (2004); Європейську стратегію «Здоров'я і розвиток дітей і підлітків» (2005).

Визначаючи стратегічні перспективи завдань, що стоять перед охороною здоров'я в умовах глобалізації в світі, ВООЗ в Програмі роботи на 2006–2015 рр. підкреслила, що охорона здоров'я є важливим аспектом безпеки на індивідуальному, місцевому і глобальному рівнях.

Профілактичний напрям у вітчизняній системі охорони здоров'я задекларовано в низці стратегічних документів державного рівня, зокрема в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000), Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки».

Діяльність з усунення або зменшення впливу чинників ризику та їх детермінантів, а також зі зміцнення систем охорони здоров'я з метою більш ефективної профілактики повинна ґрунтуватися на шести основних принципах: проведення профілактики за рекомендаціями ВООЗ на усіх етапах життя з розглядом її як інвестиції у здоров'я та розвиток; створення суспільством середовища існування, сприятливого для здоров'я та вибору здорового способу життя; відповідність діяльності служб громадського здоров'я і медичних служб завданням, що стоять перед ними в плані боротьби з існуючими хворобами та зміцнення здоров'я; створення для людей можливостей зміцнення здоров'я, ефективної взаємодії з медичними службами та активної участі у прийнятті рішень відносно лікування і контролю хвороб; забезпечення загальної доступності можливостей для зміцнення здоров'я, профілактики хвороб і отримання медичної допомоги; відповідальність урядів за вироблення державної політики з охорони здоров'я населення і життя належних заходів у всіх секторах суспільства.

2.3. Характеристика стану здоров'я населення працездатного віку

Світова економічна криза, що суттєво ускладнюється в нашій країні демографічною кризою, вимагає зосередження зусиль у напрямку збереження здоров'я населення. На особливу увагу заслуговують питання об'єктивної оцінки стану здоров'я дорослого населення, оскільки збереження трудової потенціалу є показником економічного, соціально-культурного розвитку країни, її національної безпеки.

Оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної науково обґрунтованої діяльності системи охорони здоров'я, слугує основою для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки

організаційних форм і методів роботи органів і установ охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності щодо збереження і зміцнення здоров'я населення працездатного віку.

У 2009 р. зберігається негативна динаміка захворюваності і поширеності хвороб серед осіб працездатного віку (рис. 2.3.1). У 2009 р. загалом зареєстровано 41 105 645,0 захворювань (у 2008 р. цей показник становив 40 837 412,0), з розрахунку на 100 тис. відповідного населення – 147 613,0 (на 1845,6 більше, ніж у 2008 р.), з них із встановленим вперше діагнозом – 17 755 249,0 за абсолютними даними і 63 760,2 на 100 тис. відповідного населення (у 2008 р. – 17 550 590,0 та 62 646,1 відповідно). Найвищі рівні захворюваності зареєстровано у Дніпропетровській (82 351,9) та Івано-Франківській (81 353,9) областях.

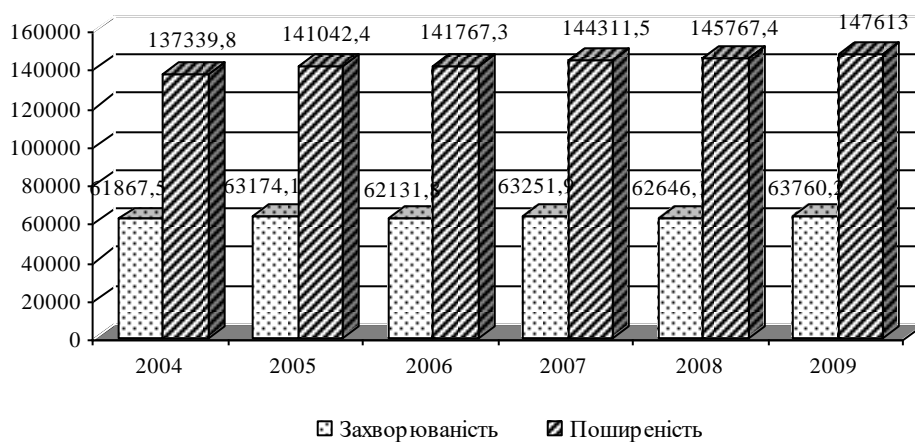


Рис. 2.3.1. Динаміка захворюваності на всі хвороби та поширеності хвороб серед населення працездатного віку у 2004–2009 рр.

У 2009 р., як і в попередні роки, структуру захворюваності працездатного населення формували переважно хвороби органів дихання (37,4%), хвороби сечостатевої системи (9,2%), травми та отруєння (8,1%), хвороби системи кровообігу (6,8%) (рис. 2.3.2.).

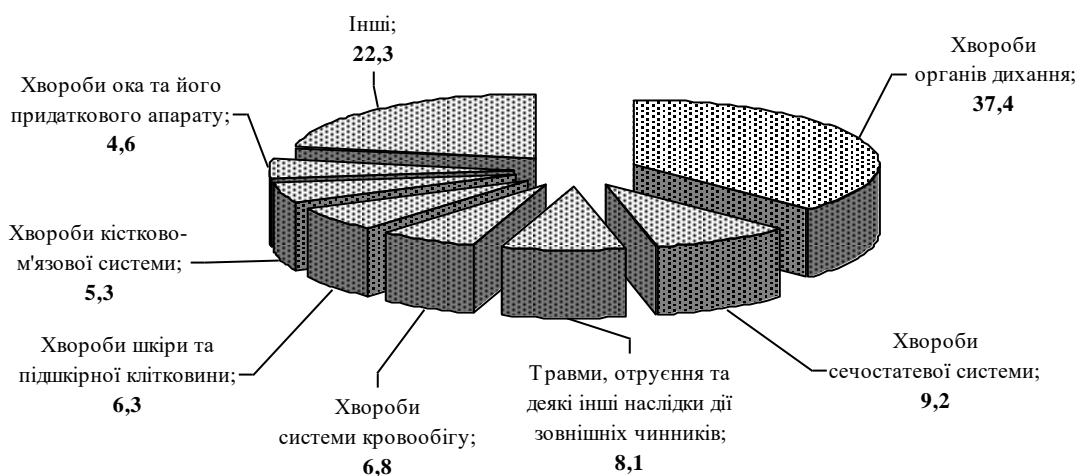


Рис. 2.3.2. Структура захворюваності населення працездатного віку у 2009 р. (%)

Провідне місце у структурі захворюваності і поширеності продовжують займати хвороби органів дихання, які значною мірою визначають рівень тимчасової втрати працездатності, інвалідності і смертності. За останні п'ять років поширеність за цим класом хвороб в середньому по Україні коливалася в межах 20–23 тис. на 100 тис. населення, переважно за рахунок хронічної патології. У 2009 р. цей показник становив 23 864,0 на 100 тис. населення, що на 1802,6 більше, ніж у 2008 р., але переважно за рахунок гострої патології, тоді як в попередні роки домінувала хронічна патологія. Найвищі рівні як захворюваності, так і поширеності хвороб органів дихання зареєстровано у Львівській (39 265,7), Вінницькій (37 598,2), Дніпропетровській (36 408,6), Івано-Франківській (36 104,3) областях та м. Києві (41 083,3) (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Захворюваність та поширеність хвороб серед осіб працездатного віку у 2009 р. в Україні
(на 100 тис. працездатного населення)

Клас хвороб	Захворюваність		Поширеність	
	на 100 тис.	%	на 100 тис.	%
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2564,3	4,02	4243,8	2,9
Новоутворення	851,8	1,34	2936,9	2,0
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	281,8	0,44	1183,7	0,8
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	922,2	1,45	6692,5	4,5
Розлади психіки та поведінки	473,9	0,74	5617,4	3,8
Хвороби нервової системи	1770,8	2,8	5493,0	3,7
Хвороби ока та його придаткового апарату	2940,5	4,6	6856,5	4,7
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2311,5	3,6	3047,3	2,1
Хвороби системи кровообігу	4317,2	6,8	33 739,4	22,9
Хвороби органів дихання	23 864,0	37,4	29 068,6	19,7
Хвороби органів травлення	2673,6	4,2	15 677,8	10,6
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3991,6	6,3	4784,3	3,2
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3382,3	5,3	8254,7	5,6
Хвороби сечостатевої системи	5859,1	9,2	11 333,2	7,7
Вагітність, пологи та післяпологовий період	5379,2	8,44	6381,5	4,3
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	27,5	0,04	342,8	0,23
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	49,1	0,08	70,3	0,05
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	5168,4	8,1	5529,8	3,8
Усі хвороби	63 760,2	100	147 613,0	100

У 2009 р., як і в 2008 р., найбільш поширеною патологією були хвороби системи кровообігу – 22,9% (33 739,4 на 100 тис. відповідного населення). Друге місце за поширеністю хвороб серед працездатного населення посіли хвороби органів дихання (29 068,6 на 100 тис. відповідного населення, або 19,7%); третє – хвороби органів травлення (15 677,8 або 10,6%); четверте – хвороби сечостатевої системи (11 333,2 на 100 тис. відповідного населення, або 7,7%). Розлади психіки та поведінки (5 617,4, або 3,8%) разом з травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками (5 529,8, або 3,8%) розділили п'яте місце. Питома вага поширеності хвороб органів дихання та сечостатевої системи дещо зросла – 19,7% та 7,7% відповідно (у 2008 р. – 18,7% та 7,3%). Результатом міжсекторальної комплексної багаторічної роботи зі створення безпечних умов для життя і здоров'я людей на виробництві та в побуті, попередження аварій і нещасних випадків є зниження у 2009 р. поширеності травм та отруєнь до 3,8%, у 2008 р. цей показник становив 4,0% (рис. 2.3.3).

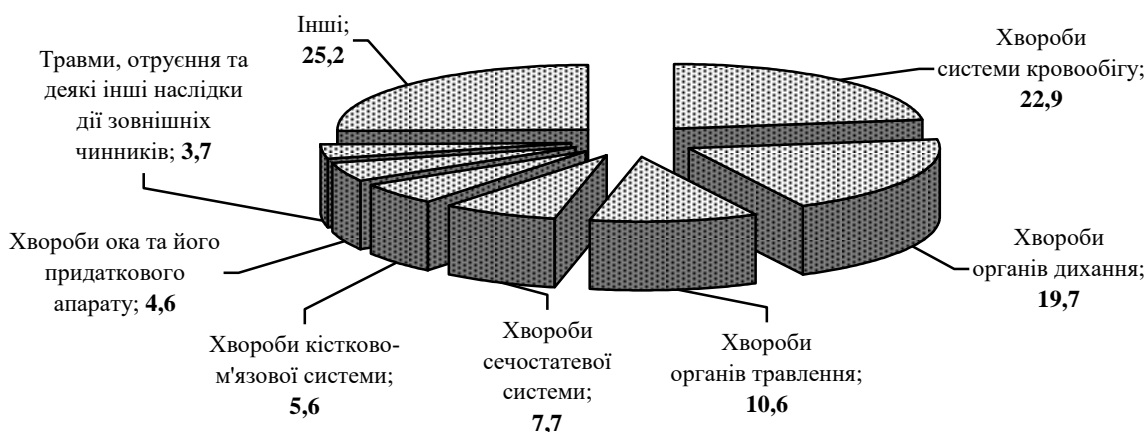


Рис. 2.3.3. Структура поширеності хвороб серед населення працездатного віку у 2009 р. (%)

Значну роль у формуванні здоров'я населення працездатного віку продовжують відігравати хвороби системи кровообігу. Вони є провідною причиною інвалідності і смертності населення. На кожні 100 тис. осіб працездатного віку у 2009 р. вперше виявлено 4 317,2 випадку хвороб. І хоча даний показник залишається досить високим, ретроспективний аналіз вказує на явну позитивну динаміку щодо захворюваності за цим класом серед населення працездатного віку: у порівнянні з 2004 р. він знизився на 1,4%. Позитивна динаміка простежується і за окремими нозологіями: захворюваність на гіпертонічну хворобу знизилась за вказаний період на 3,7%, за рік – на 3,8%; ішемічна хвороба серця за рік знизилась на 4,8%, а у порівнянні з 2004 р. зросла на 0,2%; цереброваскулярні хвороби навпаки – за рік зросли на 0,1%, а у порівнянні з 2004 р. знизились на 0,4%. Дещо гірша ситуація спостерігається щодо захворюваності на гострий інфаркт міокарда, яка порівняно з 2004 р. зросла на 5,2%, за рік – на 2,8%. Лідерами за захворюваністю на хвороби системи кровообігу є Харківська (6 920,3) та Закарпатська (6862,7) області, за поширеністю – Чернівецька (52 900,5) та Закарпатська (48 321,7) області. Загалом ситуація щодо поширеності хвороб системи кровообігу дещо гірша, хоча теж наявна позитивна динаміка: у 2009 р. порівняно з 2004 р. вона зросла на 16,5%, а з 2008 р. – на 1,2%.

Захворюваність на хвороби сечостатевої системи у 2009 р. становила 5859,1 на 100 тис. відповідного населення, порівняно з 2004 р. вона зросла на 0,1%, а порівняно з 2008 р. – на 0,7%. Поширеність хвороб сечостатевої системи також має тенденцію до зростання за останні роки на 6,9% у порівнянні з 2004 р. і на 1,3% у порівнянні з 2008 р. Найвищі рівні захворюваності у 2009 р. зареєстровані у Дніпропетровській (10 147,3), Житомирській (7628,1), Харківській (7056,1) областях та м. Києві (8671). Ці регіони лідирують і за поширеністю.

Хвороби органів травлення за питомою вагою в структурі поширеності хвороб зайняли третє місце, склавши 10,6%, або 15 677,8 випадку звернень на 100 тис. населення працездатного віку. Показники захворюваності на гастрит та дуоденіт серед працездатного населення України мають найвищу питому вагу 19,03%, тобто кожен п'ятий з вперше виявленою патологією органів травлення має гастрит, дуоденіт. Ця нозологія складає більше 25% (26,42%) в структурі поширеності хвороб органів травлення, що свідчить про схильність до хронізації цієї патології. Високою у 2009 р. була поширеність гастриту та дуоденіту серед працездатного населення Чернігівської (6340,0) та Вінницької (6438,1 на 100 тис. відповідного населення) областей. Рівень захворюваності на гастрит та дуоденіт в 2 рази перевищив середньоукраїнські значення (501,8 на 100 тис. працездатного населення) в Закарпатській (1068,6) та Івано-Франківській (1016,2 на 100 тис. відповідного населення) областях. Найнижчий рівень захворюваності на гастрити та дуоденіти виявлений в АР Крим (162,7) та Запорізькій (157,4 на 100 тис. відповідного населення) області (табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2

Структура захворюваності та поширеності хвороб органів травлення за основними нозологіями у 2009 р. (на 100 тис. населення працездатного віку)

Нозологія	Захворюваність		Поширеність	
	на 100 тис.	%	на 100 тис.	%
Виразка шлунка та ДПК	164,2	6,23	2422,9	15,5
Гастрит та дуоденіт	501,8	19,03	4140,6	26,42
Інші хвороби кишечника та очеревини	156,4	6,0	468,1	3,0
Цирози печінки	30,0	1,4	117,1	0,75
Хронічний гепатит	82,3	3,12	744,9	4,8
Жовчнокам'яна хвороба	80,1	3,04	443,3	2,83
Холецистит, холангіт	295,0	11,2	2928,0	18,7
Хвороби підшлункової залози	198,7	7,54	1499,4	9,6

Найвищі рівні захворюваності на холецистит, холангіт виявлені в м. Києві (598,5) та Івано-Франківській (674,5) області. Вони у понад двічі перевищують середній в Україні показник 295,0 на 100 тис. працездатного населення. В АР Крим (60,3) та м. Севастополі (87,9) захворюваність на холецистит, холангіт є найнижчою в Україні. Хвороби підшлункової залози мають найвищі рівні захворюваності та поширеності в м. Києві.

На сьогодні психічні розлади посідають п'яте місце за поширеністю хвороб серед населення працездатного віку. Психічні хвороби, кількість яких значно зростає не тільки в нашій країні, призводять до тяжких страждань людей і значного зниження

якості життя. За підсумками 2009 р. найвищі показники захворюваності на розлади психіки та поведінки виявлені в АР Крим (823,7) та м. Севастополі (782,1) при середньому в Україні – 473,9 на 100 тис. населення працездатного віку. Найнижчими ці показники були в м. Києві (263,5) та Харківській (329,4 на 100 тис. відповідного населення) області. В Україні більшість психічно хворих, що перебувають під наглядом психоневрологічних диспансерів, належать до дорослого міського чоловічого населення. Щодо нозологічних форм, то це переважно хворі з органічними розладами, розумовою відсталістю, невротичними розладами, пов'язаними із стресами та соматоформні.

Захворюваність на хвороби кістково-м'язової системи становила у 2009 р. 3382,3 на 100 тис. відповідного населення, порівняно з 2004 р. вона зменшилась на 3,6%, а порівняно з 2008 р. – на 2,2%. Поширеність хвороб кістково-м'язової системи становила у 2009 р. 8254,7 на 100 тис. відповідного населення, порівняно з 2004 р. вона зросла на 1,4%, а порівняно з 2008 р. знизилась на 1,2%. Лідерами щодо захворюваності і поширеності хвороб кістково-м'язової системи є Дніпропетровська (6418,3; 11 560,6 відповідно) і Волинська (4447,1; 11 440,3) області.

Хоча за лідируючими патологіями простежується деяке покращення ситуації щодо захворюваності населення працездатного віку, однак у 2009 р. у 20, а поширеності – у 18 регіонах України відмічається негативна динаміка. Перші рангові місця за рівнями захворюваності у 2009 р. займали Дніпропетровська (82 351,9 на 100 тис. відповідного населення), Івано-Франківська (81 353,9) області та м. Київ (79 334,5), а за поширеністю – Вінницька (185 746,4 на 100 тис. відповідного населення), Дніпропетровська (175 113,7), Чернівецька (174 252,8) області та м. Київ (173 828,8). Найнижчими ці показники були у Запорізькій (46916,3; 101039,1 відповідно), Луганській (48 344; 111 344,3) областях, АР Крим (44 540,8; 106 483,9) та м. Севастополі (46 505,1; 109 017,5). За показниками первинної інвалідності населення працездатного віку перші місця займали: Житомирська (64,5), Миколаївська (62,6) та Чернігівська (62,4 на 10 тис. відповідного населення) (табл. 2.3.3). За підсумками 2009 р. лише в 9 областях та м. Києві виявлено зростання первинної інвалідності населення працездатного віку, що може свідчити про позитивні тенденції в цьому напрямку.

Таблиця 2.3.3

Первинна інвалідність населення працездатного віку у 2008–2009 рр.

Адміністративно-територіальна одиниця	2008 р. (18–55 (ж) та 18–60 (ч))		2009 р. (18–55 (ж) та 18–60 (ч))		% зростання
	абс. кількість	на 10 тис. відповідного населення	абс. кількість	на 10 тис. відповідного населення	
АР Крим	5855	50,5	5785	50,1	-0,9
<i>Область</i>					
Вінницька	5109	56,1	5002	55,0	-1,8
Волинська	3605	61,9	3453	59,1	-4,5
Дніпропетровська	10216	51,6	10239	52,0	0,8
Донецька	17684	66,8	15922	60,7	-9,2
Житомирська	4512	62,7	4627	64,5	2,9

Продовження таблиці 2.3.3

Адміністративно-територіальна одиниця	2008 р. (18–55 (ж) та 18–60 (ч))		2009 р. (18–55 (ж) та 18–60 (ч))		% зростання
	абс. кількість	на 10 тис. відповідного населення	абс. кількість	на 10 тис. відповідного населення	
<i>Область</i>					
Закарпатська	4002	55,6	3920	54,3	-2,3
Запорізька	5603	52,3	5326	50,1	-4,3
Івано-Франківська	4398	56,1	4223	53,5	-4,5
Київська	4842	48,6	4862	48,9	0,7
Кіровоградська	3175	55,4	3002	52,9	-4,5
Луганська	7459	53,7	7333	53,4	-0,7
Львівська	9126	62,1	9006	61,3	-1,4
Миколаївська	4366	62,2	4370	62,6	0,7
Одеська	7790	55,8	7698	55,2	-1,1
Полтавська	4903	57,1	4908	57,5	0,6
Рівненська	3847	59,2	3860	59,3	0,2
Сумська	3063	44,6	3137	46,1	3,2
Тернопільська	3459	56,4	3410	55,6	-1,5
Харківська	7110	42,6	7167	43,2	1,4
Херсонська	3356	52,2	3255	51,0	-2,3
Хмельницька	5102	68,4	4231	56,9	-16,9
Черкаська	3631	49,9	3706	51,1	2,5
Чернівецька	2876	56,0	2880	55,9	-0,3
Чернігівська	3945	63,9	3822	62,4	-2,3
<i>Місто</i>					
Київ	6799	39,7	7214	42,0	5,8
Севастополь	888	39,6	866	38,7	-2,2
Україна	146 721	54,8	143 224	53,7	-2,0

Таким чином, до проблемних за станом здоров'я населення працездатного віку регіонів у 2009 р., як і в попередньому році, належать Вінницька, Дніпропетровська області та м. Київ.

Зрушення у стані здоров'я населення працездатного віку носять різноспрямований характер, з тенденціями як до зменшення, так і до збільшення показників захворюваності та поширеності за окремими нозологіями. Позитивним є зменшення частки травм та отруєнь, хвороб системи кровообігу та кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Має тенденцію до зниження захворюваність на розлади психіки та поведінки, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, частота випадків симптомів, ознак та неточно визначених станів, хвороб ендокринної системи, розладів харчування. Серед негативних тенденцій відмічається зростання захворюваності та поширеності хвороб органів дихання (за рахунок гострої патології), сечостатевої системи, крові й кровотворних органів, новоутворень. Це потребує пильної уваги у зв'язку з можливістю зниження трудового та інтелектуального потенціалу, обмеження участі населення у соціально-економічних перетвореннях в країні.

2.4. Характеристика стану здоров'я населення старших вікових груп

Прогресуюче постаріння населення в Україні висуває нові соціально-економічні, демографічні і медичні проблеми, які потребують вивчення і вирішення уже сьогодні. Підвищення чисельності населення старших вікових груп і характерні особливості їх захворюваності повинні враховуватися при організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги цьому контингенту.

За даними ЦМС, у 2009 р. серед осіб у віці, старшому за працездатний, зареєстровано всього 31 млн 235,2 тис. захворювань (у 2008 р. – 30 млн 578,3 тис.), з них з встановленим вперше діагнозом – 5 млн 789,0 тис.

При плануванні заходів з профілактики та ефективного лікування вікозалежної патології на державному та місцевому рівнях слід враховувати інформацію щодо структури цих захворювань, яка дає уявлення про їх поширеність серед населення. Останні дані за 2009 р. щодо структури захворюваності та поширеності хвороб населення непрацездатного віку в Україні наведені на рис. 2.4.1; 2.4.2.

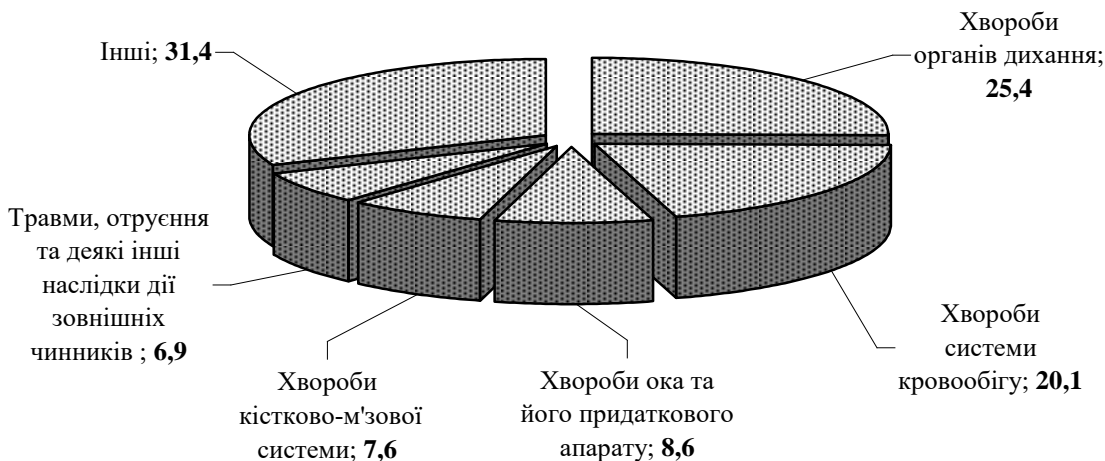


Рис. 2.4.1. Структура захворюваності населення непрацездатного віку у 2009 р. (%)

З рис. 2.4.1 видно, що в структурі захворюваності цієї групи населення перші три місця займають хвороби органів дихання (25,4%), системи кровообігу (20,1%), ока та його придаткового апарату (8,6%).

У структурі поширеності хвороб перші три місця займають хвороби системи кровообігу (52,1%), органів травлення (9,3%) та органів дихання (8,4%) (рис. 2.4.2).

Структура всіх зареєстрованих у звітному році захворювань відрізняється від структури захворювань з вперше встановленими у житті діагнозами. Це стосується не тільки їх переліку, але й місця відповідної патології щодо інших класів хвороб. У 2009 р. на п'ять домінуючих класів у структурі поширеності хвороб серед населення літнього та старечого віку разом припадало 81,2% усієї патології. Щодо захворюваності цей показник дорівнював 68,6%. При розробці програм збереження та поліпшення здоров'я населення непрацездатного віку на державному та регіональному рівнях слід приділяти увагу заходам протидії найбільш поширеній віко залежній патології.

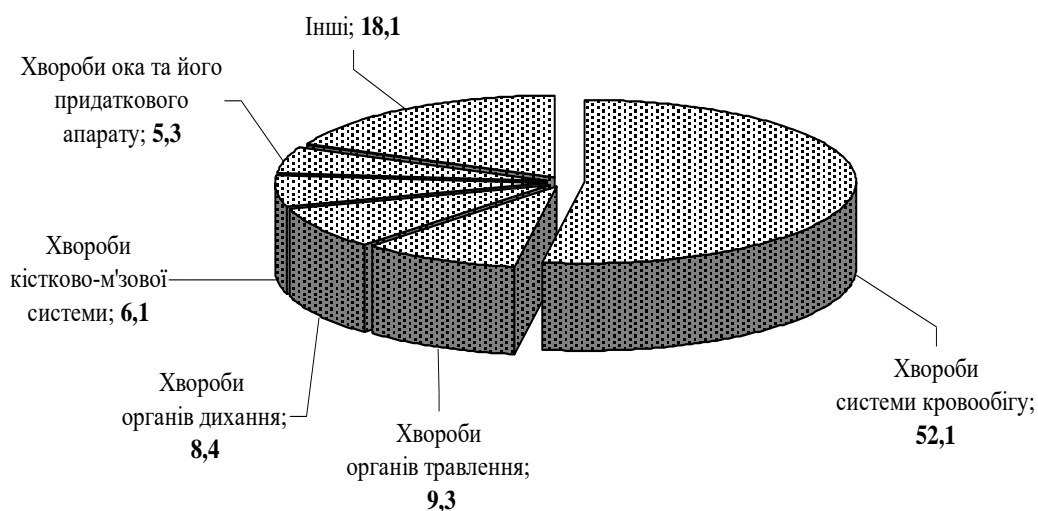


Рис. 2.4.2. Структура поширеності хвороб серед населення непрацездатного віку у 2009 р. (%)

Тенденції змін основних показників захворюваності та поширеності хвороб стосовно домінуючих у їхній структурі класів хвороб серед населення похилого віку наведено у таблиці 2.4.1.

Таблиця 2.4.1

Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності населення непрацездатного віку серед найбільш вагомих у їхній структурі класів хвороб у 2005, 2008, 2009 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Провідні класи хвороб МКХ-10 щодо населення непрацездатного віку	Відносний показник на 100 тис. відповідного населення			Зміни (%)	
	2005 р.	2008 р.	2009 р.	2009 / 2008 рр.	2009 / 2005 рр.
<i>Поширеність хвороб</i>					
Усього	255 157,1	275 334,0	281 109,0	+2,1	+10,2
Хвороби системи кровообігу	133 171,2	144 366,1	146 581,4	+1,5	+10,1
Хвороби органів травлення	22 822,8	25 526,6	26 246,3	+2,8	+15,0
Хвороби органів дихання	21 974,8	22 534,6	23 682,3	+5,1	+7,8
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	15 826,1	16 816,3	17 084,5	+5,6	+8,0
Хвороби ока та його придаткового апарату	14 296,9	14 809,7	14 959,5	+1,1	+4,6
<i>Захворюваність</i>					
Усього	49 981,6	51 226,0	52 099,6	+1,7	+4,2
Хвороби органів дихання	12 138,6	12 368,6	13 237,7	+7,2	+9,1
Хвороби системи кровообігу	10 263,0	10 626,5	10 479,5	-0,1	+2,1
Хвороби ока та його придаткового апарату	4313,3	4 491,3	4486,9	-0,4	+4,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3831,5	3 935,5	3952,3	+1,7	+3,2
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	3798,7	3 650,3	3587,6	-4,0	-5,6

За останні п'ять років (2005–2009 рр.) показники захворюваності зросли за 13 класами хвороб з 15, щодо яких ведеться щорічний моніторинг. Рівень поширеності хвороб продовжував зростати за 14 класами з 15.

Захворюваність населення у віці, старшому за працездатний, в цілому зросла з 49981,6 у 2005 р. до 52 099,6 на 100 тис. відповідного населення (+4,2%) (табл. 2.4.1). Серед домінуючих класів хвороб це зростання відмічалось більше щодо *хвороб органів дихання* (9,1%). За цей час знизився тільки рівень патології, обумовленої *травмами та отруєннями* (-5,6%).

Показник поширеності хвороб серед населення похилого віку зріс порівняно з 2005 р. на 10,2% – з 255 157,1 до 281 109,0 на 100 тис. відповідного населення. З провідних класів найбільше зріс рівень поширеності *хвороб органів травлення* (+15,0%) та *системи кровообігу* (+10,1%).

У 2009 р. порівняно з попереднім роком більшість показників, які характеризують стан здоров'я населення непрацездатного віку, теж мали негативну тенденцію до збільшення. У ряді випадків ці зміни були незначними, що дає надію на стабілізацію окремих показників здоров'я. Якщо поширеність хвороб серед людей літнього віку за останній рік зросла на 2,1%, то захворюваність – на 1,7%. Статистичні дані свідчать, що поширеність хвороб за останній рік найбільше зросла за рахунок *хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини* (+5,6%). Найменші темпи приросту спостерігалися щодо *хвороб ока та його придаткового апарату* (+1,1%).

За останній рік найбільше зростання показників захворюваності населення похилого віку спостерігалось за *класом хвороб органів дихання* (+7,2%).

Поряд із динамікою змін рівнів провідних класів захворювань серед населення непрацездатного віку становить інтерес аналітична інформація щодо регіональних відмінностей вікозалежної патології.

У 2009 р. з 27 регіонів України рівні захворюваності населення непрацездатного віку перевищували загальноукраїнський показник у 10 регіонах (37,0%), а поширеності хвороб – у 8 (29,6%).

За всіма класами хвороб у 2009 р. регіони з граничними значеннями показників розташувались у наступному порядку. За рівнями захворюваності населення похилого віку перші три рангові місця, як і в попередньому році, посіли Луганська (31 781,0), Сумська (32 282,8) та Кіровоградська (33 186,0) області при загальноукраїнському показнику 52 099,6 на 100 тис. відповідного населення. Останні три рангові місця (з 25-го по 27-ме) припадали на Івано-Франківську – 66 650,3; Львівську – 73 702,1 області та м. Київ – 88 619,0 на 100 тис. відповідного населення.

За поширеністю хвороб 1–3 рангові місця посідали АР Крим (231 765,5), Чернівецька (226 876,5), Рівненська (235 446,3) області при загальному показнику в 2009 р. по Україні 281 109,0 на 100 тис. відповідного населення. 25–27-ме рангові місця за цим показником залишались за Черкаською (323 514,0) областю та м. Севастополь (373 713,7) і Київ (442 394,7).

З наведених даних видно, що до проблемних основних адміністративних територій країни у 2009 р. за показниками захворюваності та поширеності хвороб серед населення

похилого віку увійшов передусім Київ (на останніх 27-х рангових місцях), що спостерігалось і у 2008 р.

Таким чином, результати аналізу даних статистичної звітності за 2009 р. порівняно з 2005 та 2008 рр. свідчать про поступове погіршення більшості показників, які характеризують стан здоров'я населення непрацездатного віку. Це стосується захворюваності і поширеності взагалі та за окремими класами хвороб МКХ-10, а також за адміністративними територіями України. У 2009 р. рівень поширеності хвороб (на 100 тис. відповідного населення) серед осіб пенсійного віку (281 109,0) у 1,9 разу перевищував цей показник для осіб працездатного віку (147 613,0), що значною мірою обумовлено постарінням населення і збільшенням питомої ваги хворих з комплексною патологією.

Враховуючи поступове збільшення прошарку населення непрацездатного віку в Україні та погіршення загального стану його здоров'я, особливого значення набувають заходи щодо поліпшення медико-соціального забезпечення цих людей на державному та регіональному рівнях. Це може бути досягнуто шляхом розробки та прийняття відповідних цільових програм, а також виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., шостий розділ якої присвячено заходам щодо збереження здоров'я в старості.

2.5. Аналіз репродуктивного здоров'я населення України

Право на охорону здоров'я, у тому числі репродуктивного, є невід'ємною частиною прав людини взагалі. Незважаючи на те, що кожна країна має свої специфічні особливості правового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я, ця проблема є суто національною.

Збереження і відновлення репродуктивного здоров'я є найважливішою медичною і державною задачею, вирішення якої визначає можливість відтворення виду і збереження генофонду. Тому в усьому світі останнім часом усе більше уваги приділяється проблемам охорони репродуктивного здоров'я, плануванню родини і відповідальному батьківству.

За визначенням ВООЗ, репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, а не проста відсутність хвороб чи недуг у всіх аспектах, що стосується репродуктивної системи, її функції і процесів. Актуальність проблеми формування, збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення зумовлена значним впливом його на процеси відтворення. Це передбачає право чоловіків і жінок на інформацію і доступ до безпечних, ефективних, доступних та прийнятних методів планування сім'ї та інших обраних ними методів регулювання народжуваності, що не суперечать закону, а також право доступу до відповідних послуг з охорони здоров'я, які дозволять жінці безпечно перенести вагітність, пологи і дають батькам найкращу можливість народити здорову дитину.

Право на збереження та відтворення репродуктивного здоров'я закріплено в Україні на законодавчому рівні (Конституції України, Основи законодавства України про охорону здоров'я) та Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року».

Різке падіння рівня життя на тлі складної соціально-економічної ситуації в країні зумовили сталу динаміку несприятливої демографічної ситуації, спричинили погіршення стану здоров'я населення, у тому числі і репродуктивного.

Негативні тенденції у відтворенні населення нашої країни, що обумовили негативний демографічний приріст починаючи з 1991 р., призвели до різкого зниження народжуваності, яка з 2002 р. набула тенденції до зростання, проте залишається ще досить низькою. Наразі в Україні на тлі несприятливої демографічної ситуації утримується позитивна тенденція народжуваності. Загальний коефіцієнт народжуваності в Україні зріс з 8,1 на 1000 населення в 2002 р. до 9,8 у 2006 р. і 12,0 у 2009 р. При цьому народжуваність в 1,4 разу нижча, ніж смертність населення. Такий стан демографії негативно впливає на розвиток продуктивних сил, рівень добробуту людей та економічну ситуацію в державі і загрожує національній безпеці України, оскільки сумарний показник народжуваності в країні залишається нижче межі простого відтворення населення, необхідного для підтримки стабільної кількості працездатного населення.

До медичних факторів народжуваності належать вік матері до 18 і після 35 років, короткий інтервал між вагітностями, екстрагенітальні захворювання, недостатній фізичний розвиток, а також стан репродуктивного здоров'я. Частота пологів за останні 5 років зросла у всіх вікових групах: у дівчат до 14 років з 0,08 у 2005 р. до 0,12 у 2009 р., у дівчат-підлітків 15–17 років – від 9,00 до 10,98 відповідно, у жінок 18–34 років – із 63,7 до 77,21 і у жінок 35 років і старших – із 4,36 до 6,71 на 1000 жіночого населення відповідного віку. Викликає занепокоєння зростання народжуваності у дівчаток і дівчат-підлітків і жінок 35 років і старших, оскільки ця динаміка відбулася на тлі зростання захворюваності дітей, у тому числі таких, що суттєво впливають на стан репродуктивного здоров'я. Найбільш репродуктивним населенням є молодь, на долю якої припадає близько 4/5 народжень. Протягом останніх років спостерігається виражена тенденція до підвищення середнього віку матерів при народженні дітей, що, вірогідно, зумовлено реалізацією раніше відкладених народжень.

Особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я, яке є невід'ємною складовою нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства. Такий стан справ зумовлює необхідність подальшого здійснення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення репродуктивного здоров'я населення.

Основними завданнями уряду країни на найближчий час є подолання тенденцій скорочення чисельності населення, посилення інституту родини, державна підтримка народжуваності. При цьому очевидно, що для подолання демографічної кризи в країні і зміцнення здоров'я необхідне зменшення негативних тенденцій репродуктивного процесу, у тому числі і за рахунок поліпшення репродуктивного здоров'я населення. Комплексний підхід до вирішення даних проблем покладений на Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року».

Основною характеристикою сучасної народжуваності в Україні є скорочення репродуктивного потенціалу населення, а однією з причин цього явища – зниження природної фертильності, що відбувається через збільшення частки безплідності ще в дітородному віці. За даними спеціальних досліджень, останніми роками в структурі

безплідності зростає питома вага порушень репродуктивної функції, виявлених вже в дитячому віці.

У зв'язку з переходом на обслуговування дітей до 18 років у систему педіатричної служби проблема охорони репродуктивного здоров'я дітей стає більш гострою. Система педіатричної допомоги довгий час не передбачала наявності фахівців з репродуктивної медицини, лише з 1970-х рр. була введена спеціальність «Дитячий гінеколог», андролог же як фахівець з чоловічих хвороб все ще вважається «дорослим» лікарем. Дослідження вітчизняних авторів показують, що в дитячому і підлітковому віці виникає до 64% захворювань, що становлять безпосередню чи опосередковану загрозу репродуктивній функції чоловічого організму. Тим часом морфологічними дослідженнями доведено, що навіть у періоді новонародженості, а також в інтервалі від 6 місяців до 2 років, структура статевих клітин зазнає серйозних якісних і кількісних змін. Більше того, лікарі, призначаючи ті чи інші медикаменти дітям у віці 2–6 років, часом не замислюються про те, що саме в цей період відбувається дозрівання і формування рецепторного апарату статевих залоз, а з 6 років – процес адренархе. Від того, як були проведені профілактика і лікування захворювань органів репродуктивної системи у дитини, залежить, яким виросте чоловік чи жінка в плані індивідуальної репродуктивної заможності. Тому, як і для будь-якого типу здоров'я, для репродуктивного здоров'я справедлива аксіома про «проблеми родом з дитинства», адже «здоровий старт життя» здебільшого зумовлений станом здоров'я новонародженої дитини – дівчинки чи хлопчика.

Події, що обумовлюють початок репродуктивного життя, і вік, у якому вони відбуваються, є важливими факторами, що визначають як фертильність, так і репродуктивне здоров'я, впливають на майбутній життєвий шлях людини. Очевидна значимість комплексного підходу до рішення проблем охорони репродуктивного здоров'я підлітків, їхнього сексуального утворення.

Таким чином, у дитячому і підлітковому віці можна говорити про предиктори репродуктивних розладів, тобто фактори та стани, що призводять до формування тих чи інших відхилень у системі репродукції.

Незважаючи на позитивну динаміку, все ще високою залишається захворюваність новонароджених (162,1 на 1000 народжених живими). В цілому в Україні упродовж останніх 5-ти років утримується негативна динаміка дитячої захворюваності та поширеності хвороб. Так, рівень захворюваності зріс із 1251,8 на 1000 дитячого населення у 2005 р. до 1393,9 у 2009 р., а рівень поширеності хвороб – з 1797,9 до 1938,9 відповідно. Відносно низькі рівні захворюваності у 2009 р. зареєстровано у Запорізькій (1006,0) та Сумській (1048,5) областях, високими ці показники залишаються у Черкаській (1709,4) області та м. Києві (1912,9).

В основі погіршення здоров'я лежить цілий комплекс соціально-економічних причин, серед яких не останню роль грають недосконалість існуючої системи медичного забезпечення дітей і підлітків; погіршення якості харчування; техногенні перевантаження у результаті промислового забруднення навколишнього середовища; зменшення обсягу профілактичних програм в амбулаторно-поліклінічній ланці охорони здоров'я; ріст стресових ситуацій у повсякденному житті дітей; недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки школярів і дітей дошкільного і раннього віку із соціально

неблагополучних родин; відсутність ефективних освітніх програм, спрямованих на формування у дітей культури здоров'я, що сприяють їхньому гармонійному розвитку.

Наукові дослідження вказують на значний вплив навантажень на стан здоров'я дітей, що спостерігаються в шкільному віці. Кількість хронічно хворих дітей збільшується за роки навчання в школі в 2,5 разу. Особливо вражаючі тенденції зростання захворювань органів травлення, хвороб ендокринної, шлунково-кишкової і кістково-м'язової систем спостерігаються у дітей шкільного віку порівняно з дошкільним. Підвищення показників захворюваності дітей за останні роки відбулось за рахунок хвороб, що суттєво впливають на репродуктивну функцію жінок і чоловіків, – інфекційних та паразитарних хвороб, цукрового діабету, хвороб системи кровообігу, сечостатевої системи, природжених аномалій, деформацій та хромосомних порушень.

Високий рівень цих основних показників здоров'я дітей зумовлений значним тягарем хвороб, спричинених 7 провідними проблемами здоров'я, за якими Україна також відстає від розвинених країн, посідаючи в цілому 40-е місце, а за рівнем недостатності йоду – останнє, хвороб новонароджених – 39-е, важких вроджених аномалій – 41-е.

Наразі в Україні здійснено поступальні кроки стосовно забезпечення формування репродуктивної системи жіночого і чоловічого організму, починаючи з народження. У 2009 р. почалося впровадження розробленого з дотриманням принципів доказової медицини і доказового менеджменту клінічного протоколу з медичного догляду за здоровою дитиною до 3 років життя, яким передбачено профілактику і раннє виявлення відхилень в стані здоров'я дітей з позицій впливу їх на формування репродуктивної системи, обов'язкове консультування батьків та заняття з ними з питань догляду. Спеціалістами ВООЗ завершується розробка програми статевого виховання дітей раннього віку, яка буде включена до програми занять з метою догляду.

Основою для впровадження будь-яких програм із статевого виховання дітей повинно стати знання ними будови свого тіла, особливостей процесів, що відбуваються в період статевого дозрівання, дотримання правил особистої гігієни. У рамках програми велика увага повинна приділятися проблемі гігієнічної грамотності, актуальної для кожної вікової групи, тому що в шкільних програмах такі питання практично не висвітлюються. Важко переоцінити значення своєчасного навчання дівчаток правилам особистої гігієни, що має величезне профілактичне значення. Так, наприклад, безліч запальних захворювань пов'язано саме з недотриманням і незнанням основних правил гігієни, з неправильним використанням сучасних гігієнічних засобів. Комплекс зазначених заходів з цілеспрямованим і методичним проведенням програм статевого виховання сприятиме у перспективі зниженню числа абортів неповнолітніх і збереже їхнє здоров'я і репродуктивну функцію.

З метою популяризації знань та вирішення проблем сексуального та репродуктивного здоров'я, забезпечення доступності послуг з питань планування сім'ї та дитячої і підліткової гінекології, сформована система спеціалізованих закладів в Україні, чисельність яких щороку збільшується. В Україні відкрито понад 500 центрів, кабінетів планування сім'ї, дитячої та підліткової гінекології. В країні функціонує 7 центрів репродуктивного здоров'я підлітків (в АР Крим, Донецькій, Одеській, Львівській, Луганській, Запорізькій областях та м. Київ). Надання високоспеціалізованої допомоги

підліткам здійснюється Центром дитячої та підліткової гінекології УДСЛ «ОХМАТДИТ», Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, відділеннями дитячої та підліткової гінекології Інституту охорони здоров'я дітей і підлітків (м. Харків) та Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства.

Погіршення показників соматичного здоров'я дітей суттєво впливає на їхнє репродуктивне здоров'я. Значний вплив на репродуктивне здоров'я цих контингентів населення має їхня репродуктивна поведінка. До факторів, що впливають на репродуктивну поведінку молоді, належать: негативний вплив ЗМІ, зокрема пропаганда сексуального насилля, порнографія, широке розповсюдження шкідливих звичок (наркоманія, алкоголізм, тютюнокуріння), страх не знайти або втратити роботу та фінансова залежність від батьків.

Важливою складовою впливу на стан репродуктивного здоров'я дітей підліткового віку є також їхня сексуальна активність, наслідком якої може бути захворювання на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСП). Щороку з понад 12 млн зареєстрованих випадків захворювань, що передаються статевим шляхом, 3 млн припадають на підлітків.

Ризикова поведінка, зокрема ранні статеві стосунки, спричиняють ранню вагітність. Для матері-підлітка існує більша загроза ускладнень вагітності – викиднів, передчасних пологів, анемії, – ніж для жінок, старших за 20 років. Переривання небажаної вагітності у підлітків є значною проблемою репродуктивних розладів у майбутньому.

Упродовж останніх років в Україні спостерігається постійне зменшення абортів серед неповнолітніх (рис .2.5.1).

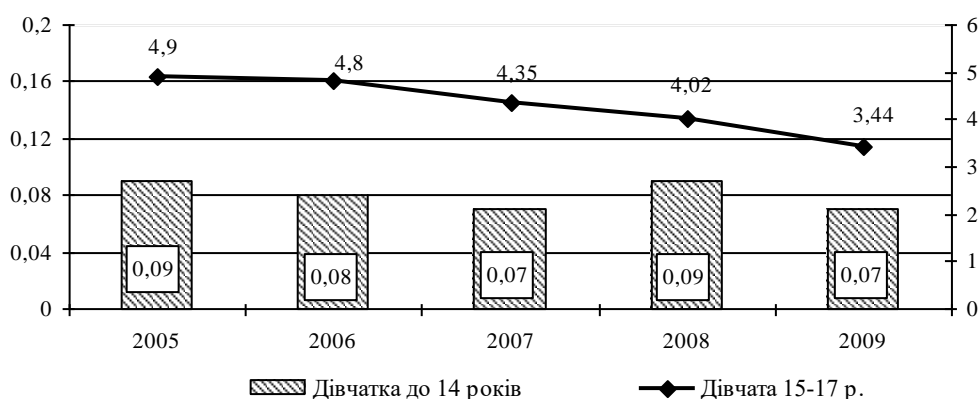


Рис. 2.5.1. Динаміка абортів у дівчаток віком до 14 років та дівчат 15–17 років в Україні у 2005–2009 рр. (на 1 000 населення відповідного віку та статі)

Як видно з рис. 2.5.1, частка абортів серед дівчат віком 15–17 років за останні 5 років зменшилась у 1,3 разу, а у дівчаток до 14 років – у 1,4 разу. Проте все ще високим (5,0 і більше) залишається рівень абортів серед дівчат Донецької, Кіровоградської, Херсонської областей та серед дівчаток до 14 років (0,2 і більше) Кіровоградської, Дніпропетровської областей та м. Севастополя. Про позитивні зрушення у цьому напрямку за останні роки свідчить співвідношення абортів у першо- та повторно вагітних дівчат: якщо на початку 90-х років майже половина абортів реєструвалася серед повторно вагітних, протягом останніх років на їх частку припадає менше 10%. Це свідчить, що

дівчата після проведеного абортів отримували необхідну інформацію щодо попередження небажаної вагітності.

Зростання захворюваності серед дітей та підлітків впливає на стан соматичного та репродуктивного здоров'я дорослого населення. Серед чинників, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я, вагоме значення мають ІПСШ, зокрема ВІЛ/СНІД. За офіційними даними, з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2009 р. включно в Україні офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадок захворювання на СНІД. Ця хвороба вражає головним чином молодь – майбутніх батьків і матерів. Народжуваність у ВІЛ-інфікованих на третину нижча, ніж у неінфікованих.

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 питомої ваги шляхів передачі – переважання статевого шляху над парентеральним. У 2009 р. частка осіб, які були інфіковані статевим шляхом, зросла до 44%. Наразі в цілому в Україні 0,7% інфікованих вагітних. Кількість ВІЛ-інфікованих жінок фертильного віку щорічно зростає і у 2009 р. становила 6688 (рис. 2.5.2).

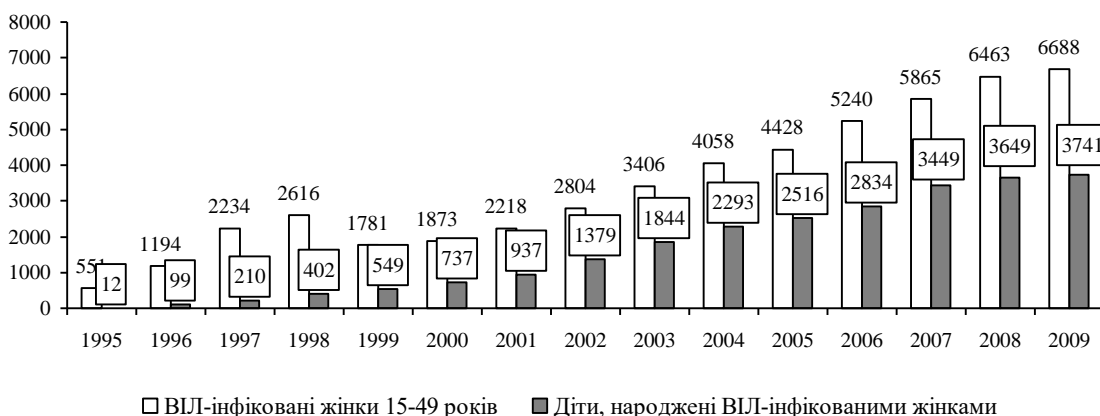


Рис. 2.5.2. Динаміка кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок у віці 15–49 років та дітей, народжених ними, у 1995–2009 рр.

Слід зазначити, що передача інфекції від матері новонародженій дитині (вертикальна трансмісія ВІЛ) – один із встановлених шляхів поширення збудника, який в Україні, на відміну від розвинених країн світу, все ще преважує серед інших шляхів інфікування дітей. Завдяки чіткій програмній організації заходів попередження ВІЛ-інфікування новонароджених та інтеграції цих заходів у службу охорони материнства і дитинства вдалося знизити рівень трансмісії ВІЛ із 27,8% у 2001 р. до 6,2% у 2007 р.

Досвід розвинених країн свідчить, що досягнення оптимальних результатів рівня вертикальної трансмісії (1%) можливе при повному охопленні вагітних обстеженням на СНІД та проведенні всім виявленим інфікованим трикомпонентної АРТ.

Проблемним в Україні, за визначенням ВООЗ, залишається і питання встановлення своєчасного і точного діагнозу ВІЛ новонародженим. Вирішення цієї проблеми можливе шляхом запровадження діагностики ВІЛ новонароджених із застосуванням реакції ПЛР.

Значну шкоду репродуктивному здоров'ю жіночого населення наносять ЗН, особливо статевої системи. Показники рівнів онкологічної захворюваності та смертності від раку серед жіночого населення України стабільно зростають. Нині частка хворих на рак репродуктивної системи жінок серед онкологічних хворих обох статей становить близько 19,0%, а серед онкохворих жінок – біля 20,0%. Упродовж останніх років в Україні щорічно виявляється понад 15 тис. жінок з локалізацією ЗН в жіночих статевих органах.

Незважаючи на впровадження заходів, передбачених Державними програмами «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» та «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки», розгалужену мережу жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів та кабінетів онкопрофілактичних оглядів, щорічне охоплення близько 60% жінок 18 років і старших онкопрофоглядами з цитологічним дослідженням, рівень онкогінекологічної захворюваності залишається високим (табл. 2.5.1).

Таблиця 2.5.1

Динаміка захворюваності жінок на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів в Україні у 2005–2009 рр. (на 100 тис. жінок)

Захворюваність	Рік				
	2005	2006	2007	2008	2009
Шийки матки	18,4	18,8	19,6	19,8	19,3
Тіла матки	25,3	25,6	25,9	26,7	26,3
Яєчників	15,5	15,2	15,55	15,5	15,3
Молочної залози	61,4	60,9	61,2	61,7	61,6

Звичайно, така ситуація викликана як соціально-економічними чинниками та загрозливим станом довкілля, так і пізньою діагностикою цих станів внаслідок безсимптомного перебігу захворювань на ранніх стадіях та відсутністю ефективних скринінгових програм з їх виявлення. Тому особливо актуальним є вивчення можливості ранньої діагностики онкогінекологічних захворювань на початкових етапах розвитку захворювання.

Незначна позитивна тенденція щодо захворюваності жінок на ЗН молочної залози та жіночих статевих органів потребує спеціального дослідження.

Таким чином, онкоепідемічна ситуація в областях України характеризується не тільки високим рівнем захворюваності, високою смертністю від раку, але й значною кількістю хворих, виявлених у занедбаному стані. Упродовж останніх років в Україні виявляється серед вперше захворілих біля 60% хворих із занедбаними станами раку яєчників, понад 20,0% – молочної залози, 18,0% – раку шийки матки та близько 13% – раку тіла матки. Для порівняння: в країнах ЄС та США відсоток занедбаних стадій не перевищує 5–7%. Однією з основних причин такої ситуації є низька поінформованість жінок та суспільства загалом щодо захворювання на рак молочної залози, а також недостатня кількість сучасного обладнання для ранньої діагностики раку молочної залози у медичних установах.

До найбільш вагомих чинників, що впливають на формування репродуктивного здоров'я, належить штучне переривання вагітності. Саме аборти негативно впливають на фертильність жінки, перебіг наступних вагітностей та пологів.

У цілому частота абортів і високий показник перинатальної смертності висвітлюють складну соціально-економічну ситуацію, обмеження доступу до безпечної та ефективної медичної допомоги, а також обмежені можливості жінок у виборі здорового способу життя. Два вищевказані показники роблять свій внесок у показник смертності через материнську смертність, пов'язану з абортами, і дитячу смертність. Крім того, існує взаємозв'язок між використанням контрацептивів, показником абортів і здоров'ям матері і дітей. Ось чому показники частоти абортів, частоти використання контрацептивів і показник перинатальної смертності можуть бути використані як такі, що специфічно відображають стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні.

Кількість абортів залежить від цілого ряду факторів, таких як рівень урбанізації населення, освітній рівень, соціально-економічне становище жінок, репродуктивні тенденції, релігія, культура, доступ до засобів планування сім'ї, законодавство.

Виконання заходів Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. сприяло позитивній динаміці частоти абортів в Україні – з 19,5 на 1000 жінок фертильного віку у 2005 р. до 15,4 у 2009 р. Загальна кількість абортів за цей період зменшилась на 38,7 тис. (рис. 2.5.3).

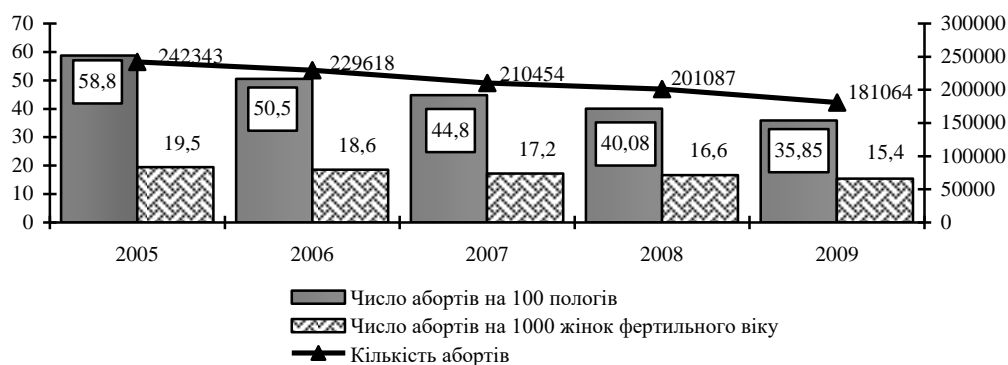


Рис. 2.5.3. Динаміка частоти абортів в Україні у 2005–2009 рр.

Упродовж останніх років найвищий рівень абортів відмічається у віковій групі 18–34 роки (24,5 на 1000 жінок відповідного віку). Зниження частоти абортів досягнуто в усіх регіонах України, однак відносно на низьких рівнях при позитивній динаміці цей показник утримується лише в Івано-Франківській, Сумській, Рівненській та Харківській областях (рис. 2.5.4).

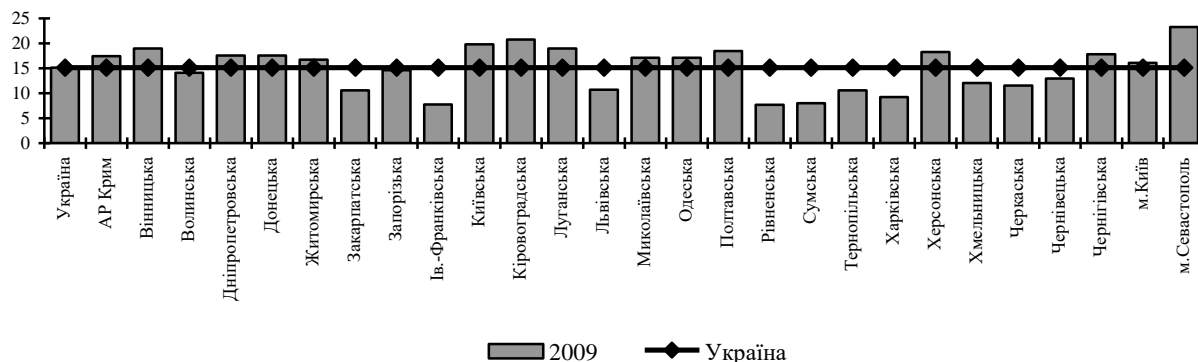


Рис. 2.5.4. Рівень абортів на окремих територіях України у 2009 р. (на 1000 жінок фертильного віку)

У Вінницькій, Київській, Кіровоградській областях та м. Севастополі утримуються високі рівні абортів, які у 2009 р. сягають 19,0 і більше на 1000 жінок фертильного віку.

Позитивна динаміка частоти абортів зумовлена зменшенням усіх видів абортів, але переважно штучних легальних і міні-абортів. Значно знизилася кількість штучних кримінальних абортів, які традиційно займають значну частку серед причин материнської смертності, формують значні порушення репродуктивного здоров'я жінок (із 21 до 13 за 2005–2009 рр.). Незважаючи на позитивну динаміку частоти абортів серед жінок фертильного віку, цей показник у 1,5–3 рази вищий, ніж у Канаді, Нідерландах, Німеччині, Іспанії, Фінляндії.

У структурі абортів провідні місця займають легальні у терміні до 12 тижнів вагітності аборти (39,22%) та самовільні (28,49%) (рис 2.5.5). Якщо частота легальних абортів залежить від ефективності діяльності служби планування сім'ї, то самовільні аборти є одним із детермінантів репродуктивного здоров'я жіночого населення.

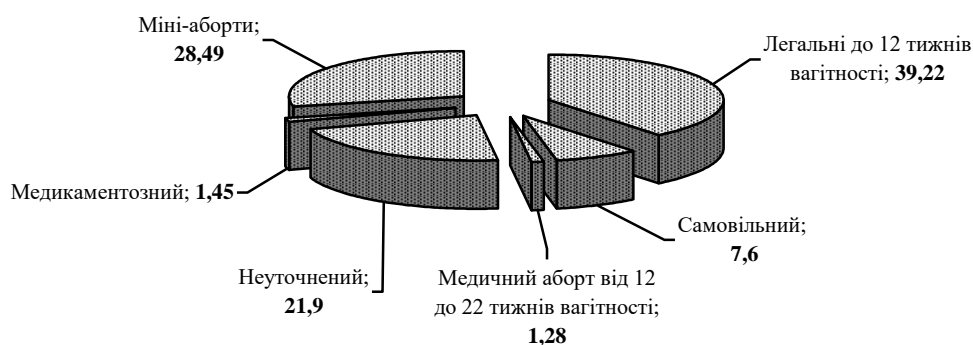


Рис. 2.5.5. Динаміка абортів за їх видами в Україні у 2009 р. (%)

Серед факторів, які впливають на рівень незапланованої вагітності, що в 85–92% закінчується абортами, вагоме значення має застосування контрацепції: за даними державної статистики, методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) щорічно охоплюється близько 30% жінок фертильного віку.

Протягом останніх років в Україні все ширше застосовуються найбільш ефективні та надійні методи оральної контрацепції (148,6 на 1000 жінок фертильного віку – у 2005 р., 166,3 – у 2007 р. і 181,9 у 2009 р.) (рис. 2.5.6).

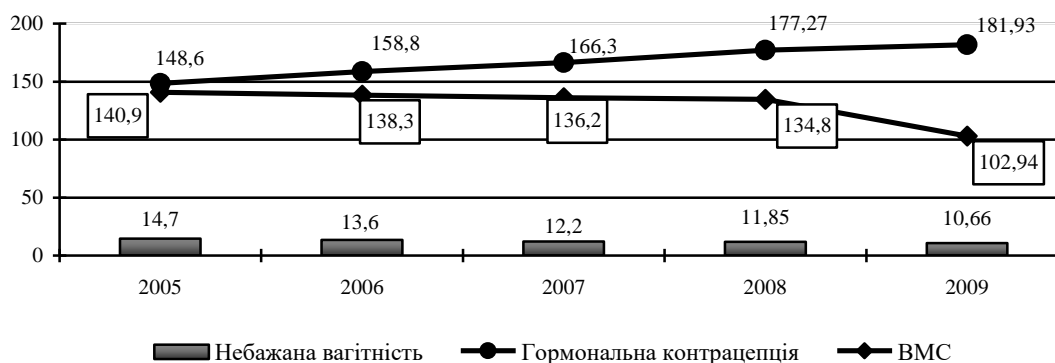


Рис. 2.5.6. Динаміка небажаної вагітності та її профілактики в Україні у 2005–2009 рр. (на 100 жінок фертильного віку)

Водночас при позитивній динаміці використання сучасних методів контрацепції охоплення ними жінок фертильного віку все ще залишається низьким, що обумовлено як недостатньою обізнаністю останніх щодо сучасних контрацептивів та безпеки їх застосування для здоров'я, так і низькою їх доступністю через високу вартість. Зменшення охоплення жінок фертильного віку ВМС зумовлено наявністю протипоказань до їх застосування, зокрема при запальних захворюваннях жіночих статевих органів. При цьому оптимальне охоплення жінок фертильного віку оральними методами контрацепції (понад 210,0 на 1000 жінок фертильного віку) досягнуто у Донецькій, Запорізькій, Сумській, Харківській, Львівській областях та м. Києві. Більш низькі (130,0 і менше на 1000 жінок фертильного віку) показники охоплення жінок методами гормональної контрацепції у 2008 р. спостерігалися у Полтавській, Рівненській областях і м. Севастополі, а у Закарпатській області лише 78,7 із кожної тисячі жінок користувалися цим сучасним методом контрацепції.

Збільшення використання жінками фертильного віку контрацептивів пов'язано зі зниженням небажаної вагітності із 14,7 на 1000 жінок фертильного віку у 2005 р. до 10,66 у 2009 р. Водночас не виявлено очікуваної залежності в розрізі регіонів рівня непланової вагітності від охоплення жінок новітніми методами контрацепції. Така ситуація може бути зумовлена суттєвим впливом на рівень непланової вагітності бар'єрних методів контрацепції, які не враховуються існуючою системою державної статистики, або недостатньо коректними даними стосовно охоплення жінок сучасними методами контрацепції. Знизилася і співвідношення небажаної вагітності і застосування гормональних засобів контрацепції з 0,09 до 0,06 (2005–2009 рр.), передусім за рахунок збільшення кількості жінок фертильного віку, які застосовують засоби гормональної контрацепції.

Важливим фактором стану репродуктивного здоров'я є безплідність – відсутність вагітності у подружньої пари дітородного віку протягом одного року регулярного статевого життя без застосування будь-яких контрацептивних засобів.

За даними офіційної статистики, частота безпліддя в Україні не є високою – 3,5–2,8 на 1000 осіб жіночого безпліддя і 0,3 – чоловічого, але соціологічні дослідження свідчать про те, що небажане безпліддя торкається від 6–8% сімей до 18–20% у різних регіонах України. У зв'язку з цим проблема діагностики і лікування безплідного шлюбу є вкрай актуальною в акушерсько-гінекологічній практиці й у медицині в цілому.

Небажана безплідність є важливою медичною проблемою, яка потребує на кожному етапі розвитку суспільства і охорони здоров'я уточнення медико-організаційних форм надання медичної допомоги.

Останні десятиріччя характеризуються значними досягненнями в галузі діагностики та лікування різних форм безплідності. Результатом вивчення механізмів ендокринного контролю менструального циклу, особливостей гонадотропної регуляції цих процесів є більш широке впровадження синтетичних гормональних препаратів, таких, як естрон-гестагени, прогестагени, гонадотропні препарати тощо.

Принципово новим етапом лікування безплідності є розробка і впровадження в клінічну практику допоміжних репродуктивних технологій – різних методів штучного запліднення. Сьогодні лікування безплідності належить до пріоритетних питань державної

політики. У програмних документах щодо заохочування народжуваності передбачається оплата одного курсу лікування безплідності за абсолютними показаннями методами допоміжних репродуктивних технологій коштом державного бюджету.

Низький рівень репродуктивного здоров'я жінок ще до вагітності проявляється і під час вагітності та пологів. Незважаючи на незначну позитивну динаміку, рівень захворюваності вагітних залишається високим. Наразі у кожній четвертій вагітній є прояви анемії, у кожній шостій – хвороби сечостатевої системи, у кожній п'ятнадцятій – хвороби системи кровообігу. Такий стан соматичного здоров'я вагітних спричиняє загрозу материнських і плодово-малюкових втрат.

Лише поєднання державної політики, зусиль українських медиків та міжнародних проектів зумовили позитивну динаміку основних складових загрози репродукції особи – перинатальної, малюкової та материнської смертності. Адже зниження цих інтегральних показників не лише у галузі охорони здоров'я, але й у соціально-економічному розвитку країни, відбулося на тлі несприятливого репродуктивного здоров'я жінок.

Показник материнської смертності включено до основних стратегічних показників соціально-економічного розвитку країни. Він входить до переліку Цілей розвитку Тисячоліття, які прийняті ООН як один з найвагоміших, що інтегровано оцінює соціально-економічний стан в державі.

Незважаючи на важливість моніторингу материнської смертності на національному рівні, статистичні дані не визначають необхідних заходів, які можуть бути прийняті для її попередження. Тому ряд країн світу, у тому числі й Україна, за кожним випадком материнської смерті крім моніторингу проводять конфіденційне розслідування. Конфіденційне розслідування випадків материнської смертності – це спосіб аналізу материнської смертності, який має найвищий потенціал для її зниження. За даним показником наша країна посідає проміжну позицію між економічно розвиненими країнами та країнами, які розвиваються, з недостатнім рівнем охорони здоров'я. Для виконання прийнятих зобов'язань Україна повинна знизити показник материнської смертності до 11,0 на 100 тис. народжених живими у 2015 р.

Починаючи з 1995 р., показник материнської смертності в Україні набув тенденції до зниження, однак в останні роки він значно коливається у межах 14,7–17,8 на 100 тис. народжених живими із зростанням до 25,4 у 2009 р.(рис. 2.5.7).

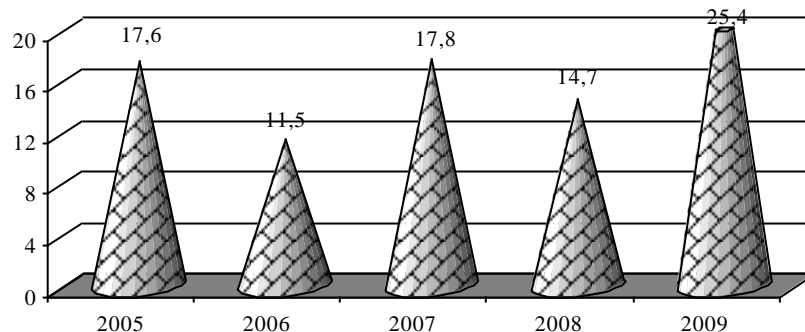


Рис. 2.5.7. Динаміка показника материнської смертності в Україні у 2005–2009 рр. (на 100 тис. народжених живими)

Всього протягом 2009 р. зареєстровано 130 випадків материнської смерті. Стрімке зростання коефіцієнту материнської смертності зумовлено збільшенням материнських втрат від грипу. Слід зазначити, що кількість материнських смертей, пов'язаних з грипом, щороку в Україні не перевищувала 1–2 випадки, і лише у 2009 р. зареєстровано 53 випадки. Це зумовило збільшення показника в 1,7 разу порівняно з 2008 р.

Індукований (всіх випадків) показник материнської смертності за 2009 р. по Україні становить 25,4 на 100 тис. народжених живими, редукований (без випадків материнських втрат, пов'язаних з грипозними пневмоніями) – 15,0 (табл. 2.5.2).

Таблиця 2.5.2

Характеристика материнської смертності у 2009 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість випадків материнської смертності	Рівень МС на 100 тис. народжених живими	Кількість випадків МС без померлих від грипу	Показник МС на 100 тис. нар. жив. без померлих від грипу
АР Крим	3	12,8	2	8,5
<i>Область</i>				
Вінницька	6	33,2	3	16,6
Волинська	4	26,2	3	19,6
Дніпропетровська	5	13,4	3	8,0
Донецька	10	23,1	8	18,4
Житомирська	0	0,0	0	0,0
Закарпатська	8	43,9	5	27,4
Запорізька	5	27,2	4	21,7
Івано-Франківська	4	23,1	0	0,0
Київська	12	58,2	9	43,7
Кіровоградська	9	82,4	5	45,8
Луганська	2	9,2	2	9,2
Львівська	9	29,9	6	19,9
Миколаївська	3	22,9	2	15,3
Одеська	7	24,1	7	24,1
Полтавська	2	13,6	1	6,8
Рівненська	5	28,5	2	11,4
Сумська	1	9,4	0	0,0
Тернопільська	6	48,4	2	16,1
Харківська	2	7,3	1	3,7
Херсонська	4	32,5	2	16,2
Хмельницька	2	13,6	1	6,8
Черкаська	7	55,6	4	31,8
Чернівецька	3	27,1	0	0,0
Чернігівська	5	47,5	1	9,5
<i>Місто</i>				
Київ	4	12,3	3	9,2
Севастополь	2	47,0	1	23,5
Україна	130	25,4	77	15,0

У 2009 р. не зареєстровано жодного випадку материнської смертності у Житомирській області. У Чернівецькій, Сумській та Івано-Франківській областях не було зареєстровано випадків материнських втрат від акушерських ускладнень (без урахування випадків від ускладнень грипу).

У 2009 р. знизився показник материнської смертності у регіонах з високим показником її у 2008 р.: у АР Крим з 25,8 до 8,5 на 100 тис. народжених живими, у Донецькій області – з 24,9 до 18,4, Полтавській – з 13,7 до 6,8, а також в Сумській, Чернівецькій та Чернігівській областях. Водночас у Закарпатській, Одеській та Черкаській областях зареєстровано збільшення його у понад двічі. Продовжує залишатися досить високим в поточному році цей показник у Київській та Кіровоградській області.

За рівнем редукованого показника материнської смертності всі регіони України можна розділити на 3 групи:

I. Група з найбільш високим показником материнської смертності – 20 і більше на 100 тис. живонароджених: Закарпатська, Київська, Кіровоградська, Черкаська, Одеська, Запорізька області та м. Севастополь.

II. Група з показником материнської смертності від 10 до 20 на 100 тис. живонароджених: Вінницька, Донецька, Волинська, Львівська, Херсонська, Тернопільська, Миколаївська та Рівненська області.

III. Група з показником материнської смертності до 10 на 100 тис. живонароджених: Чернігівська, Луганська, Дніпропетровська, Полтавська, Хмельницька області, АР Крим та м. Київ.

Основними причинами материнських втрат, як і в минулі роки, є екстрагенітальні захворювання, кровотечі, емболії навколоплідними водами та тромбоемболії легеневої артерії (рис. 2.5.8).

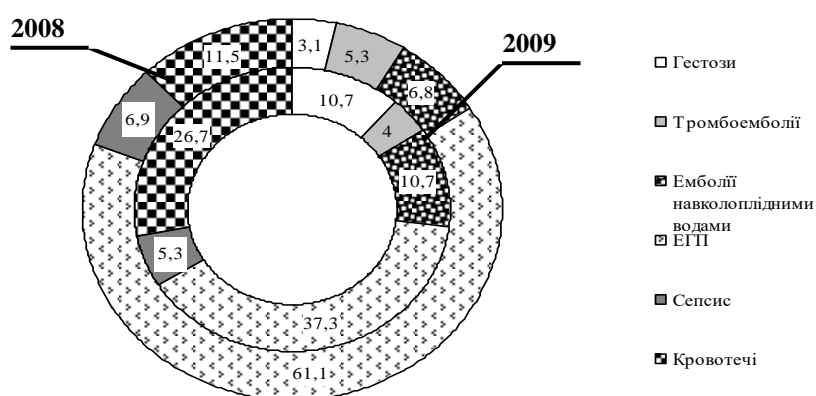


Рис. 2.5.8. Структура причин материнської смертності у 2008–2009 рр. (%)

У цілому у 2009 р. екстрагенітальна патологія стала причиною смерті у 61,5% вагітних та породіль. Від ускладнень грипу померло 53 жінки (66,3% в структурі смертності від екстрагенітальних захворювань), що склало 40,5% в структурі материнської смертності взагалі.

За даними ВООЗ, кількість госпіталізованих вагітних з грипом становить 7–10% від усіх госпіталізованих (посилання на звіт ВООЗ щодо епідеміології та захворюваності на пандемічний грип за 2009 р.), летальність від грипу складає від 1,6 (в Новій Зеландії) до 9% (в Бразилії). За даними оперативного моніторингу МОЗ України, госпіталізовано близько 1% вагітних та породіль внаслідок грипу та ГРВІ, з них 10% отримало допомогу у відділеннях інтенсивної терапії, третина знаходилась на апаратах ШВЛ. Ці дані мало відрізняються від даних інших країн світу. По штату Каліфорнія наводяться дані, що 8% госпіталізованих вагітних померли, 22% жінок потребували інтенсивної терапії та реанімації. Показник материнської смертності саме від грипу (з квітня по серпень 2009 р.) у цьому штаті становив 4,3 на 100 тис. народжених живими. Загальна материнська смертність в Каліфорнії у 2005 р. становила 19,3, в США у 2006 р. – 13,3 відповідного показника.

В Україні вагітні, роділлі та породіллі, смерть яких пов'язується з ускладненнями від грипу, становлять від загальної кількості померлих за період жовтень 2009 р. – січень 2010 р. включно 8%, у Франції – 3%, у США – 16% від всіх померлих. Позитивним моментом діяльності служби можна вважати зниження втрат жінок порівняно з 2008 р. від акушерських кровотеч, еклампсій, ускладнень, пов'язаних з абортами.

Показник малюкової смертності, який з 1985 р. по 1995 р. невпинно зростає, протягом останніх років набув тенденції до зниження. У 2002 р. він становив 10,5 на 1 тис. народжених живими, а у 2006 р. – 9,8, проте залишався вищим, ніж у країнах Євросоюзу (6,64), Чехії (3,75), Словенії (3,98), Литві (7,89), Білорусії (6,9).

У 2007 р., у зв'язку із запровадженням принципів ВООЗ щодо визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості, мертвонародженості та порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених, починаючи з 22 тижнів вагітності, з масою 500,0 г і більше при народженні, зафіксовано зростання показника малюкової смертності на 11% (11,02 на 1000 народжених живими), а в 2008 р. – зниження порівняно з 2007 р. на 9,3% (10,0 на 1000 народжених живими). За попередніми даними, коефіцієнт малюкової смертності за 2009 р. становив 9,2 проти 10,0 у 2008 р. Таким чином, Україна виконала прийняті на себе зобов'язання переліку Цілей розвитку Тисячоліття щодо зниження рівня малюкової смертності до 2015 р. до 9,2.

При позитивній тенденції рівня смертності дітей першого року життя в цілому, лише у Вінницькій, Київській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві цей показник упродовж останніх п'яти років залишається стабільним і є нижчим за середній по Україні (рис. 2.5.9).

За орієнтовно-розрахунковими даними ВООЗ, рівень смертності дітей першого року життя в Україні становить близько 18,0. А за основними показниками стану і детермінантів здоров'я, згідно з даними «Доповіді про стан охорони здоров'я в Європі 2005 р.», Україна відстає від розвинених країн Європи і за рівнем малюкової смертності посідає 37-е місце серед 52 країн, смертності новонароджених – 40-е.

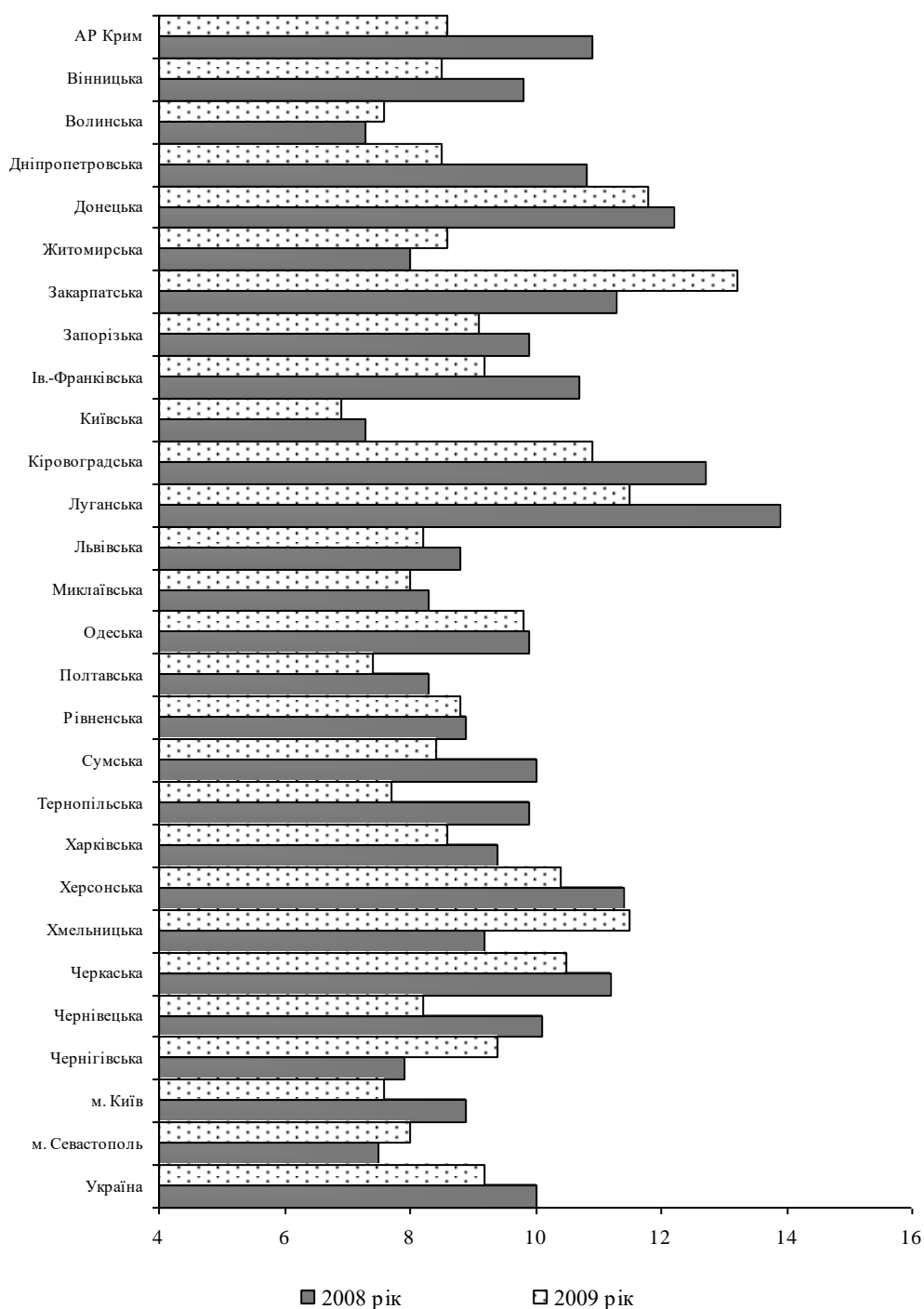


Рис. 2.5.9. Рівень малюкової смертності в Україні у 2008–2009 рр.
(на 1000 народжених живими)

За попередніми даними МОЗ України, рівень перинатальної смертності у 2009 р. становив 10,47 (у 2005 р. – 9,05 на 1000 народжених живими і мертвими) з коливаннями в розрізі регіонів від 14,7–12,6 на 100 народжених живими і мертвими у Кіровоградській, Донецькій, Кіровоградській, Донецькій, Сумській областях до 6,1–8,9 у Житомирській, Волинській, Івано-Франківській, Миколаївській, Тернопільській, Чернівецькій областях та м. Києві.

Рівень перинатальної смертності збільшився за рахунок зростання як мертвонароджуваності – з 5,2 у 2005 р. до 6,65 у 2009 р., так і ранньої неонатальної смертності – з 3,8 до 4,55 відповідно (рис. 2.5.10).

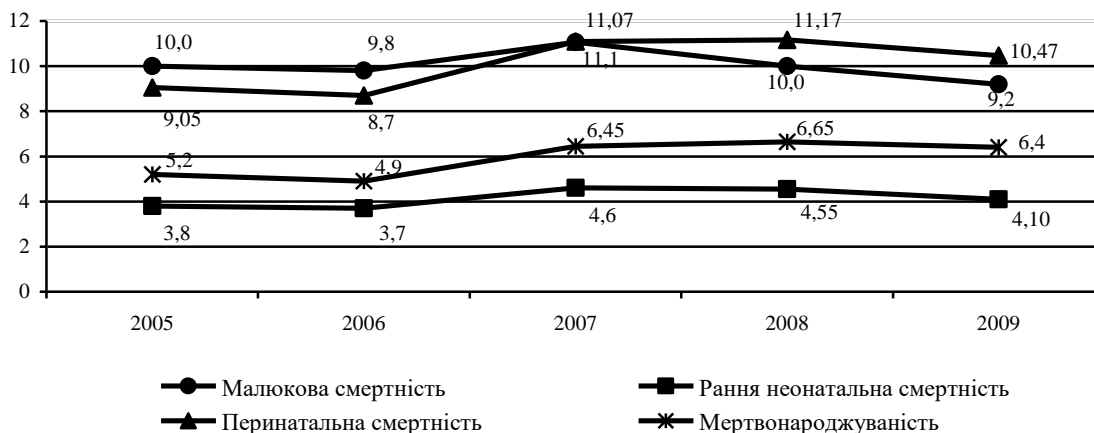


Рис. 2.5.10. Динаміка перинатальних втрат та малюкової смертності в Україні у 2005–2009 рр. (дані 2009 р. за попередньо-розрахунковими даними МОЗ)

На тлі зростання перинатальної смертності змінилась структура плодово-малюкових втрат: зросла доля мертвонароджуваності, змінилось значення ранньої неонатальної смертності, суттєво зменшилась питома вага втрат у постнеонатальному періоді.

Зберігається тенденція до зменшення рівня смертності немовлят майже від усіх причин, за винятком станів, що виникли в перинатальному періоді. У структурі причин малюкової смертності упродовж останніх років перше місце займають стани, що виникли в перинатальному періоді, друге – природжені аномалії, що в цілому відповідає сучасним поглядам на причини смертності немовлят.

Таким чином, активна реалізація Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001–2005» дозволила поліпшити стан репродуктивного здоров'я населення в Україні, стабілізувати показники малюкової смертності, знизити рівень абортів та покращити якість надання медичної допомоги при порушеннях репродуктивного здоров'я.

У цілому проблеми, що виникають у сфері репродуктивного здоров'я, зумовлені незадовільним соціальним становищем громадян, недостатньою увагою до ролі інституту сім'ї, збереження традиційної культури взаємовідносин у сім'ї як основної складової суспільства.

Багатофакторна природа процесу зниження репродуктивного потенціалу в Україні визначає різні напрями стосовно поліпшення репродуктивного здоров'я нації. Позитивні тенденції останніх років щодо зміни репродуктивної поведінки населення (збільшення народжуваності) і підвищення ефективності процесу відтворення населення (зниження числа «втрат вагітності»), поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь характеризують правильність обраної стратегії охорони репродуктивного здоров'я.

2.6. Характеристика захворюваності населення на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики

Сьогодні інфекційні захворювання стали проблемою не тільки здоров'я населення, вони безпосередньо впливають на соціально-економічну ситуацію в країні, їх наслідки стають усе більш значущими для благополуччя держави та людства в цілому. Незважаючи на те, що в Україні останніми роками спостерігається зниження захворюваності на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики, її рівень залишається високим.

Боротьба з інфекціями, керованими засобами специфічної імунопрофілактики, є однією з пріоритетних проблем у світі. За даними ВООЗ, показник захворюваності на кір у 2007 р., був найвищим у Швейцарії (13,44), Ізраїлі (7,51), Узбекистані (3,21), Боснії і Герцеговині (3,21 на 100 тис. населення) і перевищував середній показник по Україні (2,2) у 6,1–1,5 разу. У Киргизстані показник становив 0,77, Російській Федерації – 0,12, у Білорусі – 0,01, Румунії – 1,64, Польщі – 0,1, Австрії – 0,24, Німеччині – 0,69, Іспанії – 0,61 на 100 тис. населення.

Дані щодо захворюваності на дифтерію у 2007 р. у більшості країн Європейського регіону були відсутні. У Латвії і Грузії показники захворюваності були найвищими – 0,79 і 0,20 на 100 тис. населення відповідно та перевищували середній показник по Україні (0,17) у 4,6–1,2 разу.

Показник захворюваності на кашлюк у 2007 р., за даними ВООЗ, був найвищим у Нідерландах (44,71), Ізраїлі (36,7), Словенії (34,96), Естонії (30,48), Фінляндії (9,08), Швеції (7,53 на 100 тис. населення), Російській Федерації (5,72), Польщі (5,21) і перевищував середній показник по Україні (4,7) у 9,51–1,1 разу. У Болгарії – 3,51, Бельгії – 2,28, Білорусі – 1,61 на 100 тис. населення.

Протягом останніх десятиліть ВООЗ послідовно впроваджує та реалізує розширену програму імунізації проти таких інфекційних хвороб, як дифтерія, правець, туберкульоз, поліомієліт, кашлюк та кір. На початку 90-х років ХХ ст. до зазначеної програми включено щеплення проти гепатиту В та жовтої гарячки. Підтвердженням того, що шляхом вакцинації та вжиття певного комплексу протиепідемічних заходів можна вплинути на рівень захворюваності, є ліквідація натуральної віспи, суттєві досягнення у ліквідації поліомієліту, зниження захворюваності на правець, дифтерію, кашлюк, епідемічний паротит, краснуху та кір.

З 2006 р., відповідно до наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», затверджено новий Календар щеплень. До Календаря профілактичних щеплень включено чотири розділи: щеплення за віком, за станом здоров'я, за епідемічними показниками, рекомендовані щеплення.

В основному розділі Календаря визначено інфекції, проти яких проводяться профілактичні щеплення за віком. У попередній Календар щеплень України було включено щеплення проти 9 інфекцій: туберкульоз, поліомієліт, кашлюк, дифтерія, правець, кір, паротит, краснуха, гепатит В.

З 2006 р. розпочинається вакцинація проти гемофільної інфекції, що й передбачено у новому Календарі профілактичних щеплень. Нині цю вакцинацію включено в усі Національні календарі більшості країн Європи. Впровадження вакцинації дасть змогу значно знизити захворюваність на гнійний менінгіт та пневмонію, передусім серед дітей віком до 5 років.

За останні роки значно поліпшились показники охоплення профілактичними щепленнями проти краснухи, епідемічного паротиту та вірусного гепатиту В завдяки включенню до календаря дворазового щеплення комплексною вакциною (кір, краснуха, паротит) декретованих вікових груп, обов'язковій ревакцинації підлітків (хлопчиків та дівчаток) віком 15 років проти епідемічного паротиту та краснухи, введення до календаря обов'язкових щеплень проти вірусного гепатиту В (ВГВ) дітей до року і охоплення щепленнями за епідпоказаннями медичних працівників та інших контингентів, порівняних до них. Значно збільшились обсяги ревакцинації проти туберкульозу.

Календар профілактичних щеплень України наближений до європейської схеми імунізації. Діючий вітчизняний Календар профілактичних щеплень не має значних відмінностей від схем імунізації, запропонованих в таких розвинутих країнах, як Австрія, Франція, Німеччина, Італія, Велика Британія, США, Латвія.

В Україні профілактичні щеплення здійснюються проти дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, туберкульозу, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції – захист від 10 інфекцій; у США – проти дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, вітряної віспи, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, пневмококової інфекції, папілома-вірусу – захист від 12 інфекцій; у Франції – проти дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, туберкульозу, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, пневмококової інфекції, папілома вірусу – захист від 12 інфекцій; у Італії проти дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, пневмококової інфекції, вітряної віспи, менінгококової інфекції – захист від 12 інфекцій; у Австрії – дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, пневмококової інфекції, вітряної віспи, папілома-вірусу, ротавірусної інфекції – захист від 13 інфекцій; у Латвії – дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, туберкульозу, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, вітряної віспи – захист від 11 інфекцій; у Німеччині – дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, пневмококової інфекції, менінгококової інфекції, вітряної віспи, папілома-вірусу – захист від 13 інфекцій; у Великій Британії – дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, туберкульозу, гепатиту В, кору, паротиту, краснухи, НІВ-інфекції, пневмококової інфекції, менінгококової інфекції – захист від 12 інфекцій.

У 2006 р. на території України працювали декілька спільних місій МОЗ, ВООЗ та CDC (Атланта) щодо розслідування зростання рівня захворюваності на кір. У місії брали участь експерти ЄРБ ВООЗ, Центру по контролю за захворюваннями (Атланта), Європейського Центру по контролю за захворюваннями (Стокгольм), ЮНІСЕФ спільно з національними експертами. За результатами їхньої роботи щодо

розслідування епідемічної ситуації з кору та масового поширення цієї небезпечної інфекційної хвороби, а також аналізу сукупних статистичних даних щодо тенденцій розвитку епідемічного процесу з краснухи було рекомендовано провести додаткову імунізацію проти кору та краснухи населення у віці 16–29 років з охопленням не менше 95% чисельності цієї вікової групи, незалежно від вакцинального статусу та перенесеного захворювання в анамнезі, що є загальноприйнятим та науково обґрунтованим з економічної, соціальної і медичної точки зору підходом, успішно використаним у понад 140 країнах при проведенні таких акцій.

В Україні черговий, циклічний підйом епідемічного захворювання на кір з масовим поширенням цієї небезпечної інфекційної хвороби прогнозується у 2010–2012 рр., що є прямим епідемічним показанням для проведення профілактичних щеплень.

Законом України від 21.10.2009 р. № 1658-VI затверджено «Загальнодержавну програму імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки». Метою програми є забезпечення епідемічного благополуччя населення шляхом зниження рівня захворюваності на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики, а також смертності та інвалідності внаслідок інфекційних хвороб, сприяння розвитку імунології, генної інженерії та імунобіотехнології. Для досягнення зазначеної мети необхідно:

- здійснити комплекс організаційно-методичних заходів щодо зниження рівня захворюваності на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики, та охоплення щепленнями на рівні не менше 95%;
- організувати оптимальне матеріально-технічне забезпечення закладів, що планують і здійснюють заходи з імунопрофілактики;
- забезпечити постійне підвищення професійного рівня осіб, що здійснюють заходи з імунопрофілактики;
- провести моніторинг виконання завдань Програми та у разі необхідності корегування заходів з підвищення їх ефективності;
- забезпечити науковий супровід заходів з імунопрофілактики;
- використовувати усі форми санітарно-просвітницької роботи серед населення з метою поширення знань з питань імунопрофілактики;
- забезпечити розвиток міжнародного співробітництва з метою використання потенціалу зарубіжних партнерів у сфері специфічної профілактики населення від інфекційних хвороб.

Виконання Програми дасть змогу: підтримувати статус України як країни, в якій немає поліомієліту; довести показник захворюваності на кір до рівня менш ніж 1 на 100 тис. населення (до 2010 р.); припинити місцеву передачу вірусів кору та краснухи (до 2015 р.); довести показник захворюваності на дифтерію до рівня менш ніж 0,1 на 100 тис. населення (до 2010 р.); довести показник поширеності епідемічного паротиту, кашлюку, гемофільної інфекції до рівня менш ніж 1 на 100 тис. населення, а вродженої краснухи – менш ніж 1 на 100 тис. живих новонароджених (до 2010 р.); довести показник захворюваності на гострий ВГВ серед населення до рівня менш ніж 5 на 100 тис. населення та кількості вірусоносіїв гепатиту В серед дитячого населення до 1%

(до 2015 р.); забезпечити проведення імунопрофілактики та захист населення від інфекційних захворювань шляхом здійснення комплексних заходів з часткової або остаточної ліквідації їх вогнищ.

Визнання перспектив розвитку імунопрофілактики, посилення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, виконання пріоритетних цільових програм з цього питання сприятиме підвищенню ефективності протиепідемічних та профілактичних заходів, зниженню рівня поширеності, смертності та інвалідності, забезпеченню раннього виявлення та реагування на ускладнення епідемічної ситуації.

На інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики, щорічно хворіє 70–180 тис. осіб і для їх попередження щорічно охоплюється профілактичними щепленнями 16–18 млн жителів країни.

У 2009 р. в країні порівняно з 2008 р. зафіксовано зниження рівнів захворюваності: на кір – на 45,5%, краснуху – 17,3%, вірусні гепатити (ВГА – 48,8%, ВГВ – 7,3), епідпаротит – 20,7%, менінгококову інфекцію – 20,0%, дифтерію – 65,0%, туберкульоз органів дихання – 7,5%. Зросла захворюваність на інфекційний мононуклеоз на (7,6%), ВГС (10,7%), кашлюк (3,1%).

Найбільшої уваги в групі керованих інфекцій заслуговує дифтерія, яка у 1991–2000 рр. набула характеру епідемії. Основною причиною виникнення епідемії в Україні був низький рівень охоплення щепленнями дітей, внаслідок чого утворився значний прошарок незахищених осіб серед дітей та підлітків. Щеплення дорослому населенню практично не проводилось. Все це призвело до значного поширення збудника дифтерії серед різних прошарків населення. З 2000 р. в країні відмічається зниження захворюваності. Проте у 2007 р. зареєстровано зростання захворюваності на дифтерію у зв'язку з черговим циклічним епідемічним підйомом. Це свідчить про недостатню епідеміологічну ефективність імунопрофілактики цього захворювання на сучасному етапі.

У 2009 р. зареєстровано 21 випадок (0,05 на 100 тис. населення) захворювань на дифтерію, що на 50,0% менше, ніж у 2008 р., і на 76,2% менше, ніж у 2005 р. У 2009 р. захворюваність на дифтерію реєструвалася у м. Києві (7 випадків), Харківській (3), Вінницькій (2), Закарпатській (2) областях і по одному випадку у Львівській, Донецькій, Дніпропетровській, Житомирській, Київській, Луганській, Полтавській областях (рис. 2.6.1).



Рис. 2.6.1. Захворюваність населення України на дифтерію у 2005–2009 рр.
(на 100 тис. населення)

Серед дітей віком до 14 років зареєстровано один випадок у Вінницькій області.

Для подальшого зниження захворюваності на дифтерію слід продовжити проведення профілактичних щеплень, у т.ч. новими протидифтерійними препаратами, які здатні викликати не тільки анитоксичний, але й антимікробний імунітет. Це дасть змогу істотно вплинути не тільки на рівень захворюваності, але й на рівень носійства токсигенних штамів збудників дифтерії.

Епідемічна ситуація щодо кору в Україні залишається нестабільною. За останні 10 років спостерігалось три епідемічні підйоми кору: у 2000–2001 рр., у 2003–2004 рр., у 2005–2006 рр. Проте у 2009 р. порівняно з 2008 р. відмічається зниження захворюваності на кір.

З метою удосконалення системи епідеміологічного нагляду за кором та поліпшення якості клінічної і лабораторної діагностики, в рамках виконання програми ВООЗ з ліквідації кору до 2007 р. та сертифікації України як території, вільної від кору до 2010 р., МОЗ України розробило «Національний план з елімінації кору, контролю за краснухою та епідемічним паротитом і попередження синдрому вродженої краснухи в Україні на 2005–2010 роки».

Аналіз захворюваності на кір показав, що в Україні у 2009 р. порівняно з 2008 р. захворюваність на кір знизилася на 40,0%, а порівняно з 2005 р. – на 97,2% і становила 30 випадків (0,06 на 100 тис. населення). Високі рівні захворюваності зареєстровано у Сумській області (7 випадків), м. Києві (6), Одеській (4) області. По два випадки зареєстровано у Вінницькій, Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській областях, по одному – у АР Крим, Житомирській, Миколаївській, Полтавській, Харківській областях. В інших областях не зафіксовано випадків захворювань на кір (рис. 2.6.2).

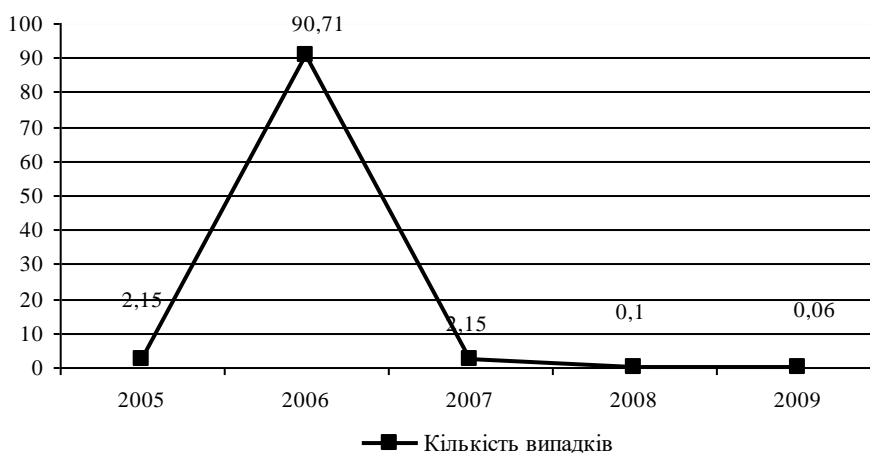


Рис. 2.6.2. Захворюваність населення України на кір у 2005–2009 рр. (на 100 тис. населення)

В Україні у 2009 р. серед дітей віком до 14 років також спостерігалось зниження рівня захворюваності на кір. Порівняно з 2008 р. захворюваність знизилась на 53,3%, порівняно з 2005 р. – на 97,1%. У 2009 р. захворюваність на кір становила 9 випадків (0,14 на 100 тис. населення). Захворюваність на кір зареєстровано тільки у Сумській (3 випадки), Івано-Франківській (2) і по одному випадку у Кіровоградській, Одеській, Харківській областях. У сучасних умовах слід вважати актуальним для України виконання заходів щодо елімінації кору. Цього можна досягти за умови достатньої забезпеченості населення вакциною проти зазначеної хвороби.

Україна підтримує стратегічний напрям ЄРБ ВООЗ щодо удосконалення системи епідеміологічного нагляду за кором у Європейському регіоні. Цей напрям належить до основних завдань Програми ЄРБ ВООЗ «Здоров'я – 21: Основи політики досягнення здоров'я у Європейському регіоні».

Для подальшого зниження рівня захворюваності на кір і наступної стабілізації епідемічного процесу доцільне проведення додаткових щеплень проти кору дитячого населення, незважаючи на їх попередню вакцинацію.

У 2009 р. порівняно з 2008 р. зафіксовано підвищення захворюваності на кашлюк. У 2009 р. зареєстровано 1364 випадки (3,1 на 100 тис. населення) захворювань на кашлюк, порівняно з 2008 р. захворюваність збільшилася на 40,3%, а порівняно з 2005 р. залишилася майже на тому самому рівні і становила 1518 випадків (3,2 на 100 тис. населення). У 2009 р. високі рівні захворюваності спостерігалися у м. Києві (154 випадки), Івано-Франківській (134), Львівській (126), Вінницькій (119) областях.

Серед дітей віком до 14 років також спостерігалось підвищення рівня захворюваності на кашлюк. У 2009 р. зареєстровано 1330 випадків захворювань на кашлюк, у 2008 р. – 995 випадків (15,1 на 100 тис. населення), у 2005 р. – 1462 (21,3). Високі рівні захворюваності спостерігалися у м. Києві (151 випадок), Івано-Франківській (129), Львівській (125), Вінницькій (116) областях.

Враховуючи епідемічну ситуацію в країні, в сучасних умовах першочерговим завданням є створення поствакцинального імунітету, здатного стримати епідемічний процес. З цією метою слід виправити негативні явища у вакцинації, які полягають у недостатньому обсязі проведення вакцинації і ревакцинації дітей.

Краснуха на цей час є наймасовішою інфекційною хворобою серед інфекцій, що керуються засобами специфічної імунопрофілактики. В Україні у 2009 р. спостерігалось зниження захворюваності на краснуху: зареєстровано 2884 випадки (6,24 на 100 тис. населення) захворювання, що на 16,8% менше, ніж у 2008 р., і на 86,6% менше, ніж у 2005 р. Високі рівні захворюваності зафіксовано у м. Києві (579 випадків), Вінницькій (328), Чернігівській (300) областях.

Серед дітей віком до 14 років також зареєстровано зниження захворюваності. У 2009 р. захворюваність становила 1456 випадків (22,4 на 100 тис. населення), що на 48,4% менше порівняно з 2008 р. та на 87,8% порівняно з 2005 р. Високі рівні захворюваності зареєстровано у м. Києві (181 випадок), Вінницькій (163), Кіровоградській областях (138).

Стабільного зниження захворюваності можна досягти лише за умови систематичного проведення імунізації населення, передбаченої календарем профілактичних щеплень.

За 11-річний період зареєстровано 357 тис. захворювань на епідемічний паротит, 261 тис. з них серед дітей, питома вага яких склала 73%. Протягом 1999–2009 рр. чітко простежується тенденція до поступового щорічного зниження захворювань з 66,4 на 100 тис. населення до 3,41 відповідно. Останній показник – найнижчий за останні 11 років.

У 2009 р. зареєстровано 1574 випадки (3,4 на 100 тис. населення) епідемічного паротиту, що на 20,9% менше порівняно з 2008 р. та на 57,5% порівняно з 2005 р.

Нерівномірність забезпечення регіонів вакциною зумовила значне коливання охоплення щепленням дітей на різних адміністративних територіях. Як наслідок, високі показники захворюваності на керовані інфекції відмічались у Тернопільській, Івано-Франківській, Чернігівській областях.

Використання в достатньому обсязі тривакцини проти кору, краснухи та епідемічного паротиту може суттєво допомогти у зниженні рівня захворюваності на епідемічний паротит. Цього можна досягти в Україні до 2020 р. за наявності відповідної вакцини.

Останніми роками не реєструвались захворювання на епідемічний паралітичний поліомієліт, етіологічним фактором якого є дикий вірус поліомієліту. Запровадження в практику плану ліквідації поліомієліту дало змогу ВООЗ у 2002 р. сертифікувати Україну як країну, вільну від поліомієліту. У 2009 р. не зафіксовано жодного випадку захворювань на поліомієліт.

Досить актуальною в Україні є проблема ВГВ, що обумовлено значним поширенням, важким перебігом хвороби, схильністю до хронізації та розвитку ускладнень. За наявності тенденції до зниження захворюваності епідемічна ситуація щодо ВГВ продовжує залишатися небезпечною.

Слід зазначити, що дійсна захворюваність, на основі застосування серологічних маркерів, у 5–6 разу перевищує дані офіційної статистики, оскільки хворі із безжовтяничними і субклінічними формами інфекції, як правило, залишаються нерозпізнаними; за експертними оцінками, кількість носіїв становить понад 1 млн осіб. На сучасному етапі зростає ризик парентерального зараження за рахунок приватних стоматологічних, косметологічних кабінетів та перукарень. Залишається високим ризик розповсюдження інфекції серед контингентів підвищеного епідризику.

Захворюваність на ВГВ за період 2005–2009 рр. знизилась на 44,2% і у 2009 р. становила 2456 випадків, або 5,3 на 100 тис. населення (рис. 2.6.3).

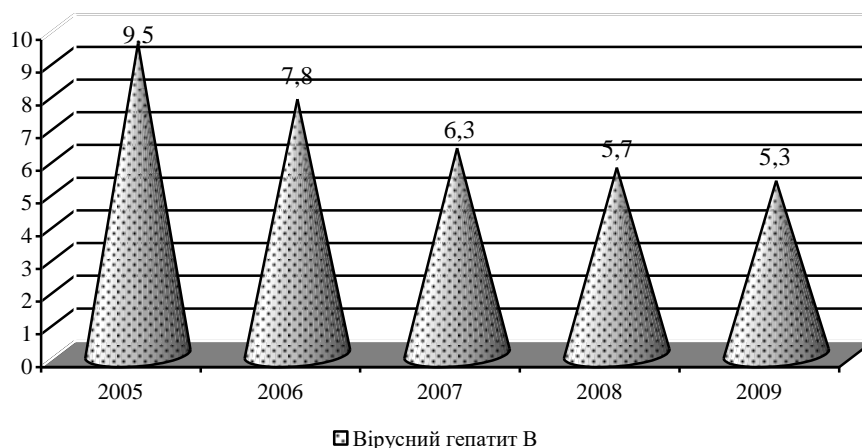


Рис. 2.6.3. Захворюваності населення України на вірусний гепатит В у 2005–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Серед дітей віком до 14 років у звітному році порівняно з минулим роком також зареєстровано зниження захворюваності на ВГВ з 64 випадків (0,97 на 100 тис. населення) до 48 випадків. Незважаючи на зниження захворюваності, високі її рівні зафіксовано у Закарпатській (333 випадки), Донецькій (59), Одеській (44) областях. Завдяки запровадженню щеплення новонароджених дітей проти гепатиту В, у тому числі народжених від матерів-носіїв HBs-Ag, вдалось попередити вроджену захворюваність на гепатит В дітей раннього віку та створити імунний захист у підростаючого покоління з метою забезпечення подальшого епідеміологічного благополуччя.

Зниження останнім часом загального рівня захворюваності на ВГВ стало можливим завдяки забезпеченню ефективних протиепідемічних заходів (дезінфекції і стерилізації) у ЛПЗ, охопленню дежурсанепіднаглядом мережі приватних медичних закладів, в яких існує ризик зараження ВГВ, а також запровадження з 2001 р., згідно з наказом МОЗ України № 276 від 31.10.2000 р. «Про порядок профілактичних щеплень в Україні», планової вакцинації проти гепатиту В новонароджених та певних категорій медичних працівників, робота яких пов'язана з кров'ю та її препаратами.

Проведення профілактичних щеплень залишається пріоритетним напрямком в охороні здоров'я щодо подолання ризику захворювання та смертності населення від таких небезпечних інфекційних хвороб, як туберкульоз, дифтерія, правець, поліомієліт, кір, краснуха та інші. Сьогодні необхідно сконцентрувати увагу і зусилля на всіх заходах, пов'язаних із забезпеченням якості та ефективності проведення профілактичних щеплень, підвищувати відповідальність та професіоналізм медичних працівників, залучених до цієї роботи. Необхідно забезпечити надійний контроль та відповідальність за безпечністю імунобіологічних препаратів, що надходять до споживача, як вітчизняного виробництва, так і на етапах реєстрації та запровадження імпортованих зарубіжних вакцин.

З метою ефективного забезпечення захисту населення від інфекцій, недопущення епідемічних ускладнень інфекційних хвороб, ефективного використання вакцин, їх планомірного постачання, починаючи з 2001 р., поставки медичних імунобіологічних препаратів для проведення профілактичних щеплень, включених до календаря щеплень, здійснюються за рахунок коштів Державного бюджету України, а для проведення щеплень за епідемічними показаннями – за рахунок коштів місцевих бюджетів, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

Визнання необхідності та перспектив розвитку імунопрофілактики в Україні, посилення системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, боротьба з якими проводиться засобами імунопрофілактики, реалізація пріоритетних цільових програм дозволять суттєво вплинути на ефективність протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на недопущення активізації епідемічного процесу, сприятиме зниженню поширеності, смертності та інвалідності, забезпеченню раннього виявлення та реагування на ускладнення епідемічної ситуації.

Застосування профілактичних заходів дало змогу утримувати стабільну санітарно-епідемічну ситуацію. Завдяки вирішенню заходів імунопрофілактики на програмній основі у 2009 р. вдалося знизити захворюваність на ряд інфекцій, керованих засобами специфічної імунопрофілактики. Закупівлю вакцин переведено за Державний бюджет.

2.7. Стан захворюваності населення України на туберкульоз та організація медичної допомоги хворим

На початку нового тисячоліття склалася вкрай загрозлива ситуація щодо захворюваності на туберкульоз. Щороку у світі виявляється від 7 до 10 млн хворих на цю хворобу, помирає 2,5–3 млн осіб. Загальна кількість хворих сягає 50–60 млн. Смертність населення від туберкульозу посідає перше місце за рейтингом серед інших інфекційних та паразитарних хвороб і становить понад 80%.

Захворювання на туберкульоз призводить до скорочення тривалості життя людини, зростання рівня смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності, збільшення витрат на організацію медичних послуг, соціальної нерівності та дискримінації населення. Погіршення епідемічної ситуації щодо туберкульозу у світі наприкінці минулого тисячоліття змусило ВООЗ у 1993 р. оголосити туберкульоз глобальною небезпекою.

Відповідно до оцінок ВООЗ (у 2007 р.), у світі нараховувалось 9,27 млн випадків захворювання на туберкульоз, що на 40,4% більше, ніж у 1990 р. до початку пандемії, коли було зареєстровано 6 млн 61 випадків.

Більшість нових випадків туберкульозу у 2007 р. було зареєстровано в Азії (55%) і Африці (31%), а найменше – у регіоні Східного Середземномор'я (6%), Європейському регіоні (5%) і регіоні країн Америки (3%). П'ять перших місць за загальною кількістю нових випадків захворювання на туберкульоз у 2007 р. зайняли: Індія (2,0 млн), Китай (1,3 млн), Індонезія (0,53 млн), Нігерія (0,46 млн) і Південна Африка (0,46 млн).

Відповідно до оцінок, з 9,27 млн випадків захворювання на туберкульоз, 1,37 млн (15%) були серед ВІЛ-позитивних осіб, із них – в Африканському регіоні 79%, у регіоні Південно-Східної Азії – 11%. Загальна кількість випадків захворювання на туберкульоз збільшується із збільшенням чисельності населення, однак показник захворюваності на душу населення знижується. Темпи цього зниження є повільними (менш ніж 1% у рік).

Надмірна швидкість зростання захворюваності на туберкульоз у цих регіонах зумовлена соціально-економічними та медичними факторами, зокрема високим рівнем бідності, неповноцінним харчуванням, недостатньою кількістю медичних установ і кваліфікованих медичних кадрів, епідемією ВІЛ/СНІДу, поширенням стійких до антимікобактеріальних препаратів форм мікобактерій туберкульозу.

Показник захворювання на туберкульоз у світі досяг свого піка у 2004 р. (142,0 на 100 тис. населення), у 2007 р. цей показник становив 139,0 на 100 тис. населення. Найвищі рівні захворюваності на туберкульоз спостерігаються в Африканському регіоні (363,0 на 100 тис. населення).

За прогнозами ВООЗ, якщо система боротьби з туберкульозом не буде удосконалена, то до 2020 р. у світі може бути зареєстровано понад 2 млрд інфікованих мікобактерією

туберкульозу, з яких близько 200 млн чоловік занедужають, а 40 млн помруть від цього захворювання.

Туберкульоз залишається провідною причиною смерті дорослого населення у структурі смертності серед інфекційних хвороб. Він уражає, головним чином, молодих людей (20–25 років) репродуктивного та працездатного віку. За оцінками ВООЗ, у 2007 р. зареєстровано 1,3 млн випадків смерті від туберкульозу серед ВІЛ-негативних осіб (20,0 на 100 тис. населення) і ще 456,0 тис. випадків – серед ВІЛ-позитивних (відповідно до МКХ-10, такі випадки смерті класифікуються як випадки смерті від ВІЛ).

Показники поширеності і смертності від туберкульозу у світі знижуються у всіх шести регіонах ВООЗ. Однак в Африканському та Європейському регіонах цільові завдання зниження цих показників до 2015 р. досягти неможливо. У 2007 р. нараховувалося приблизно 0,5 млн випадків туберкульозу із множинною лікарською стійкістю. У 27 країнах світу, з яких 15 у Європейському регіоні, кількість таких випадків сягає 85%.

Епідемія туберкульозу в Україні, за критеріями ВООЗ, розпочалася у 1995 р., і відтоді темпи її поширення постійно зростають. Щогодини реєструється чотири нові випадки захворювання на туберкульоз та один випадок смерті від цієї хвороби. Щороку виявляється 50 тис. і помирає близько 6,5 тис. осіб, хворих на туберкульоз. На сучасному етапі Україна віднесена до групи країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз. Для порівняння: показники захворюваності на туберкульоз у 2007 р., за даними ВООЗ, був найвищим у Казахстані (160,01), Республіці Молдова (135,79), Киргизстані (117,11), Румунії (104,89 на 100 тис. населення) і перевищували показник по Україні (82,44) у 1,9–1,3 разу. У Російській Федерації – 89,74, у Білорусі – 55,15, Португалії – 27,83, Польщі – 21,04, Великій Британії – 12,88, Франції – 8,72, Німеччині – 5,57, Швеції – 5,03 на 100 тис. населення.

Ситуація щодо туберкульозу в країні не обмежується лише медичною проблемою. На зростання рівня захворюваності та смертності від цієї хвороби впливають численні соціально-політичні зміни, які відбувалися у суспільстві і зумовили соціально-економічні проблеми та значну міграцію людей, збільшення хворих на алкоголізм, наркоманію та ВІЛ/СНІД, осіб, які ведуть асоціальний спосіб життя. Також призупинилась профілактична робота щодо медичних оглядів населення, профілактичних флюорографічних обстежень тощо. Це призвело до того, що рівні захворюваності населення на туберкульоз збільшились за період 1990–2007 рр. у 2,5 разу, а рівень смертності від нього – у 2,8 разу. Найвищий показник захворюваності на туберкульоз спостерігався у 2005 р. – 84,1 на 100 тис. населення.

Основними соціальними чинниками ризику, дії яких зазнавали хворі на туберкульоз (в 2006 р.) є: низький рівень прибутків (69,1%); безробіття (46,6%); алкоголізм, наркоманія (16,6%); перебування в установах виконання покарань в минулому (8,5%); відсутність постійного місця проживання (4,5%), міграція (4,3%), інвалідність (3,6%), навчання у вищих та середніх спеціальних навчальних закладах (3,2%), робота в медичній службі (2,4%).

Серед хворих із вперше виявленим у житті туберкульозом (у 2008 р.) близько 70,2% є соціально незахищеними особами – безробітні (51,3%), пенсіонери (12,7%), особи без постійного місця проживання (1,9%), особи, що повернулися з місць позбавлення волі (0,8%) та ін. (3,5%).

Тривожною тенденцією в даний час є активне зростання чисельності безпритульних. Ця проблема деформує соціальне середовище, руйнує фізичне, психічне та духовне здоров'я

людей, знижує їх життєву, громадську та творчу активність, погіршує моральний стан, створює соціальну напругу в суспільстві.

Більшість громадян, схильних до бродяжництва, ведуть протиправний, здебільшого злочинний спосіб життя. Серед них: раніше засуджені (43%), хворі на різні інфекційні захворювання (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатит тощо – 6%), зловживають наркотичними засобами (3,7%), хворі на хронічний алкоголізм (5,4%). Із загальної чисельності осіб, які займалися бродяжництвом протягом 2004 р., 3,4 тис. становлять жінки, 19,6 тис. – чоловіки, у тому числі понад 12,5 тис. у віці 31–60 р.

Причинами такої ситуації стало різке зниження доходів та рівня життя населення внаслідок структурних змін у галузях економіки, збитковості багатьох підприємств виробничої сфери, недосконалості фінансово-кредитних механізмів, різкого збільшення наявного та прихованого безробіття, неготовність навчальних та соціальних закладів, правоохоронних органів проводити роботу з такими категоріями населення в ринкових умовах.

Безробіття відповідає стану незайнятості працездатного населення та має негативні економічні й соціальні наслідки для усього населення регіону, де набуло особливого поширення. Безробіття виникає внаслідок коливань економіки. За даними Держкомстату України, середньомісячна кількість безробітних працездатного віку становила 1,7 млн осіб, або 8,5% від чисельності економічно активного населення зазначеного віку (дані наведені в середньому за I квартал 2006 р.). До цієї категорії безробітних належать особи, що самостійно шукали роботу, та ті, які перебували на обліку у державній службі зайнятості.

Медичні працівники протитуберкульозних закладів займають п'яте місце за рівнями захворюваності на туберкульоз в Україні (521,81 на 100 тис. відповідного населення). До цієї групи належать: лікарі-фтизіатри та інших спеціальностей, медичні сестри та молодші медичні сестри по догляду за хворими, соціальні працівники тощо, які працюють у протитуберкульозних диспансерах, туберкульозних лікарнях, санаторно-курортних закладах для хворих на туберкульоз (передусім на його активні форми). Ця група населення може бути віднесена до групи надвисокого ризику виникнення професійного туберкульозу.

Особливу небезпеку для цієї професійної групи становить інфікування хіміорезистентними формами туберкульозу від хворих, які проходять лікування в протитуберкульозних закладах. Так, в Україні частота первинної хіміорезистентності становить 20–30% у різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 65–75%. Це зумовлено тим, що до 2000 р. централізовано не закуповувалися протитуберкульозні препарати, і хворі лікувалися хаотично – 1–2 хіміопрепаратами, замість 4–5. Все це призвело до розвитку значної частоти стійкості збудників туберкульозу до протитуберкульозних препаратів.

Також до групи надвисокого ризику виникнення професійного туберкульозу можна віднести і працівників Центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом. Хоча статистичний облік випадків захворювання серед цього контингенту на даний час не ведеться. Для цієї професійної групи медичних працівників небезпеку становлять не

тільки хворі на активні форми туберкульозу, але й хворі на позалегенові та атипові форми даного захворювання, особливо у безсимптомні періоди захворювання.

Однією з основних особливостей епідемії туберкульозу в Україні є значна кількість занедбаних форм серед вперше виявлених хворих, розповсюджені полікавернозні процеси, масивне бактеріовиділення, що веде до зниження якості лікування, підвищення рівня хіміорезистентності збудника захворювання та зростання смертності.

У 2009 р. захворюваність населення України на активний туберкульоз становила 33 тис. 424 випадки (72,7 на 100 тис. населення). Порівняно з 2008 р. показник знизився на 6,6%, а порівняно з 2005 р. – на 13,5%.

Захворюваність населення України на активний туберкульоз у 2005–2009 рр. (на 100 тис. населення) наведена на рис. 2.7.1.

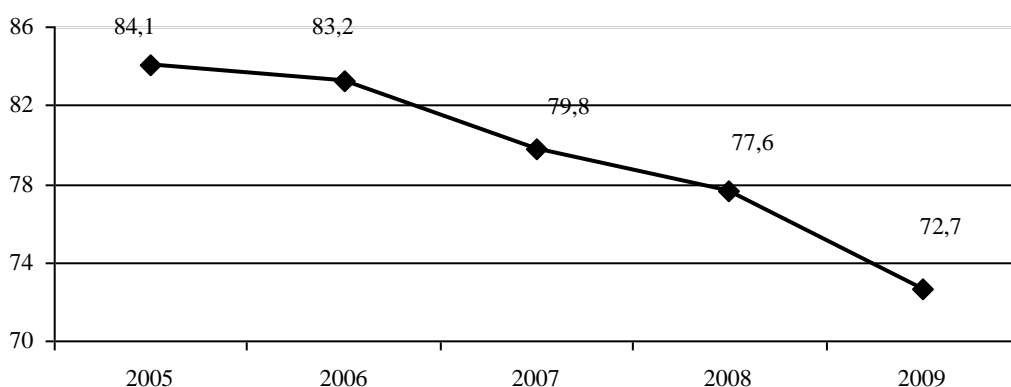


Рис. 2.7.1. Захворюваність населення України на активний туберкульоз у 2005–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Зниження захворюваності населення на активний туберкульоз зафіксовано у більшості регіонів країни. Проте високі рівні захворюваності на туберкульоз зареєстровано у Херсонській (110,1), Дніпропетровській (97,6), Миколаївській (97,6), Луганській областях (91,0 на 100 тис. населення), які переважають середній показник по країні у 1,51 – 1,25 разу (рис. 2.7.2).

У 2009 р. також дещо знизилася захворюваність серед дітей віком 15–17 років. У 2009 р. захворіло 534 дітей (31,2 на 100 тис. населення), що на 0,3% менше, ніж у 2008 р., і на 7,6% – ніж у 2005 р. Зниження захворюваності населення на активний туберкульоз зафіксовано у більшості регіонів країни. Проте високі рівні захворюваності на туберкульоз серед дітей-підлітків віком 15–17 років зареєстровано у Дніпропетровській (54,3), Херсонській (53,5), Луганській областях (50,8 на 100 тис. населення), що переважають середній показник по країні у 1,7–1,6 разу.

Серед дітей віком 0–14 років також зареєстровано незначне зниження захворюваності на активний туберкульоз. У 2009 р. зафіксовано 575 випадків (8,9 на 100 тис. населення), що порівняно з 2008 р. менше на 2,2%, а порівняно з 2005 р. показник захворюваності залишився без змін. Незважаючи на зниження рівня захворюваності, високі показники, які переважали середній показник по країні у 2,25–1,63 разу, зареєстровано у Дніпропетровській (20,1), Херсонській (16,6), Харківській областях (14,5 на 100 тис. населення) (рис. 2.7.3).

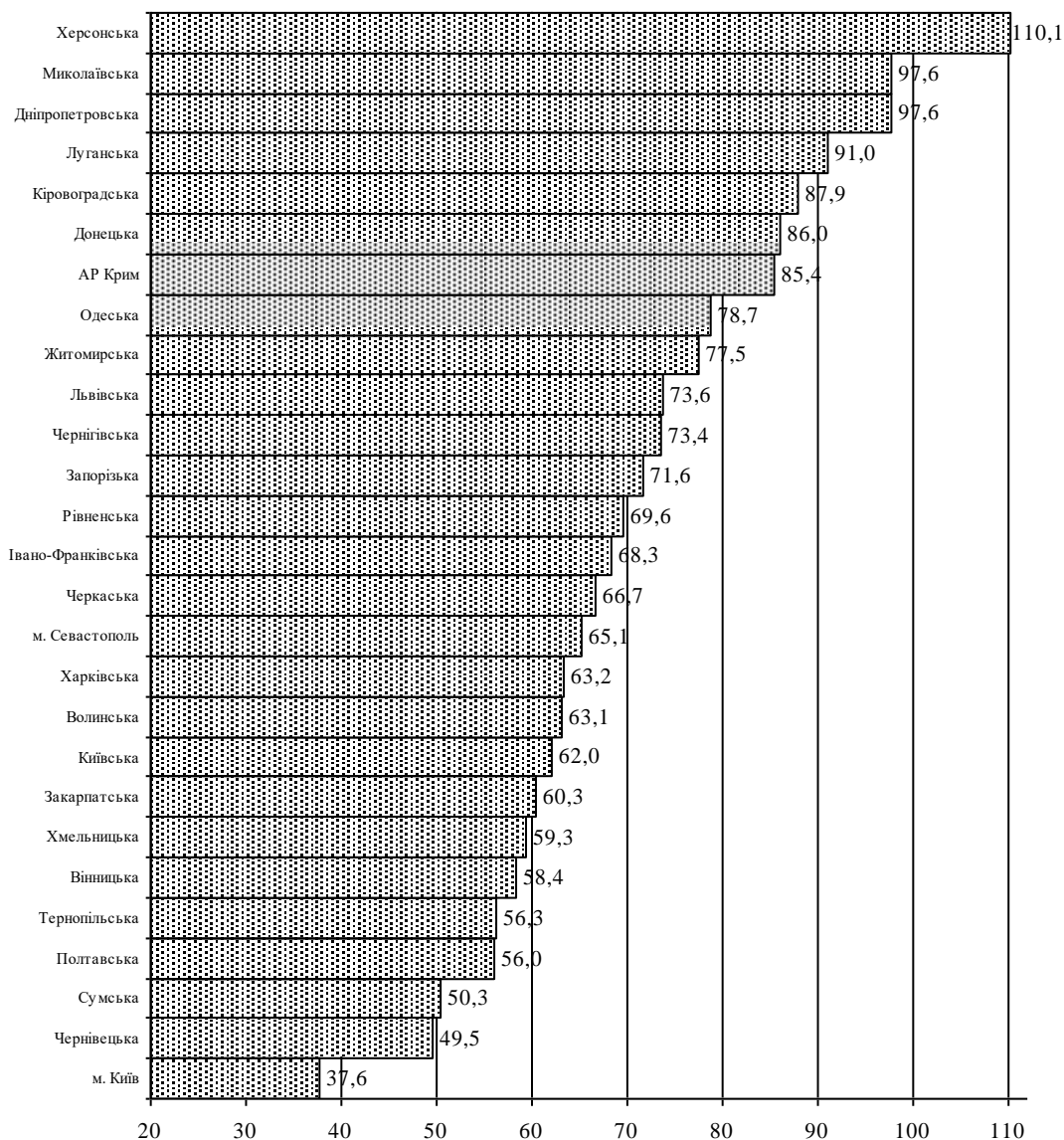


Рис. 2.7.2. Захворюваність населення України на активний туберкульоз у 2009 р. (на 100 тис. населення)

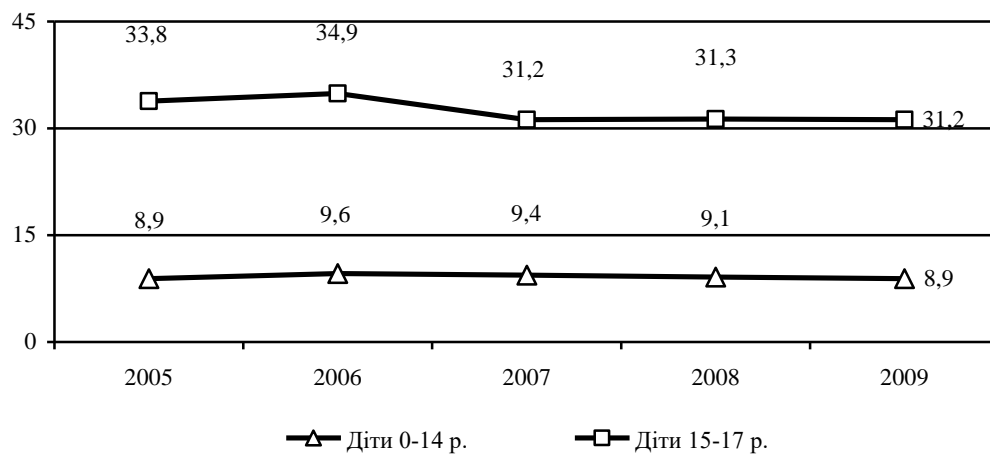


Рис. 2.7.3. Захворюваність на активний туберкульоз у 2005–2009 рр. серед дітей віком 0–4 та 15–17 років (на 100 тис. населення)

З епідеміологічної точки зору захворюваність дитячого населення на туберкульоз має прогностичне значення щодо ситуації з туберкульозу серед всього населення. Серед дітей ситуація має тенденцію до поліпшення, але ця тенденція ще дуже нестабільна, отже не можна послаблювати протитуберкульозні заходи, бо це може призвести до «стрибка» захворюваності з подальшим збільшенням цього показника.

У структурі захворюваності на позалегеновий туберкульоз 63,1% становить туберкульоз органів дихання, 17,1% – кістково-суглобовий туберкульоз, 7,4% – туберкульоз сечостатевого органів, 4,7% – туберкульоз периферичних лімфовузлів, 4,6% – туберкульоз очей, 2,0% – туберкульоз центральної нервової системи і мозкових оболонок, 2,0% – інші локалізації.

Із всіх вперше виявлених хворих на туберкульоз непрацюючі працездатного віку складають 49,3%, робітники – 14,4%, пенсіонери – 12,2%; вперше виявлені хворі, які зареєстровані в інших міністерствах і відомствах, – 5,4%, службовці – 3,9%, учні – 2,4%, медичні працівники – 1,8%, особи без постійного місця проживання – 1,7%, студенти – 1,9%, особи, які повернулись з місць позбавлення волі, – 0,6%, робітники аграрного сектору – 1,8%.

Рівень захворюваності на активні форми туберкульозу органів дихання за період 1998–2009 рр. зріс у 1,3 разу – з 49,6 до 69,2 на 100 тис. населення. Починаючи з 2006 р., спостерігається тенденція до зниження процесу, хоча показники захворюваності знаходяться ще на високому рівні (в межах 69,2–73,6 на 100 тис. населення). У 2009 р. порівняно з 2008 р. захворюваність знизилася на 7,0%, а порівняно з 2005 р. – на 5,7% і складає 31 тис. 807 випадків (69,2 на 100 тис. населення) (рис. 2.7.4).

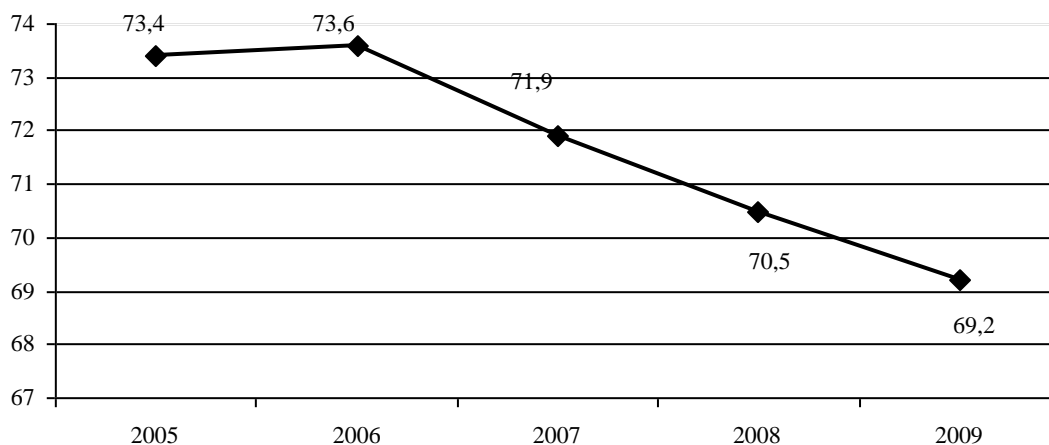


Рис. 2.7.4. Захворюваність населення України на туберкульоз органів дихання у 2005–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Як і раніше, показники захворюваності значно вищі за середні по Україні у південних та східних регіонах – Херсонській (107,2), Миколаївській (92,7), Дніпропетровській областях (91,0 на 100 тис. населення) (рис. 2.7.5).

Зростає також захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД). У 2009 р. показник захворюваності на активний ВІЛ-асоційований туберкульоз порівняно з 2008 р. зріс на 17,5%, а порівняно з 2005 р. – на 124,2% (рис. 2.7.6).

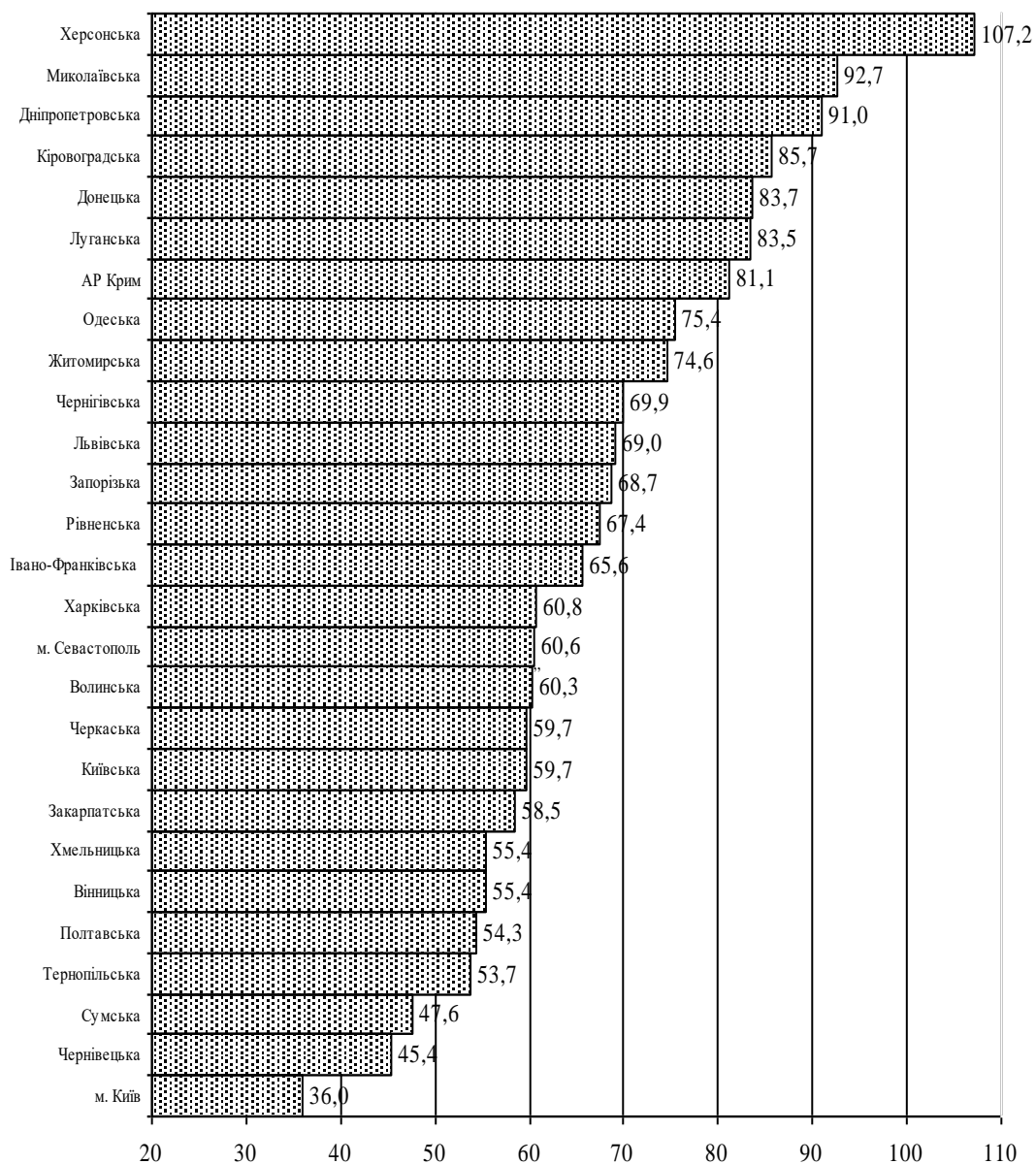


Рис. 2.7.5. Захворюваність населення України на туберкульоз органів дихання у 2009 р. по регіонах (на 100 тис. населення)

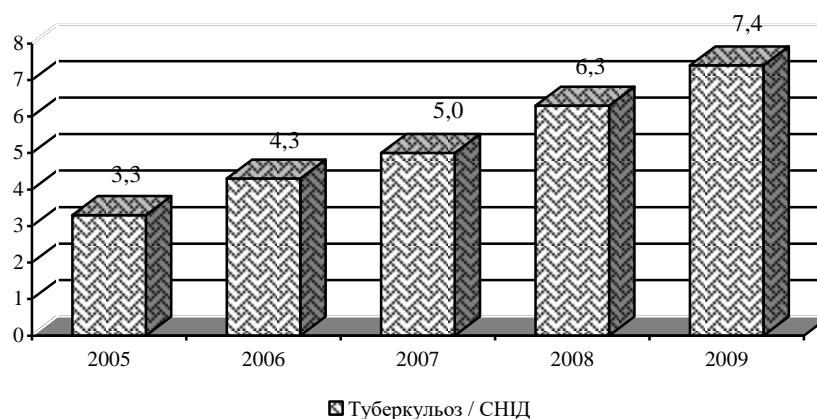


Рис. 2.7.6. Захворюваність населення України на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) у 2005–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Високі рівні захворюваності відмічалися у Миколаївській (23,4), Донецькій (18,3), Дніпропетровській (16,2), Одеській областях (13,9), м. Севастополі, АР Крим (13,8 на 100 тис. населення).

Зниження захворюваності зареєстровано у Івано-Франківській – на 35,3%, Запорізькій – 35,0%, Луганській – 24,4% областях. Низькі рівні захворюваності відмічалися у Закарпатській – 0,6, Тернопільській – 0,8, Рівненській – 1,0, Чернівецькій областях – 1,2 на 100 тис. населення (рис. 2.7.7).

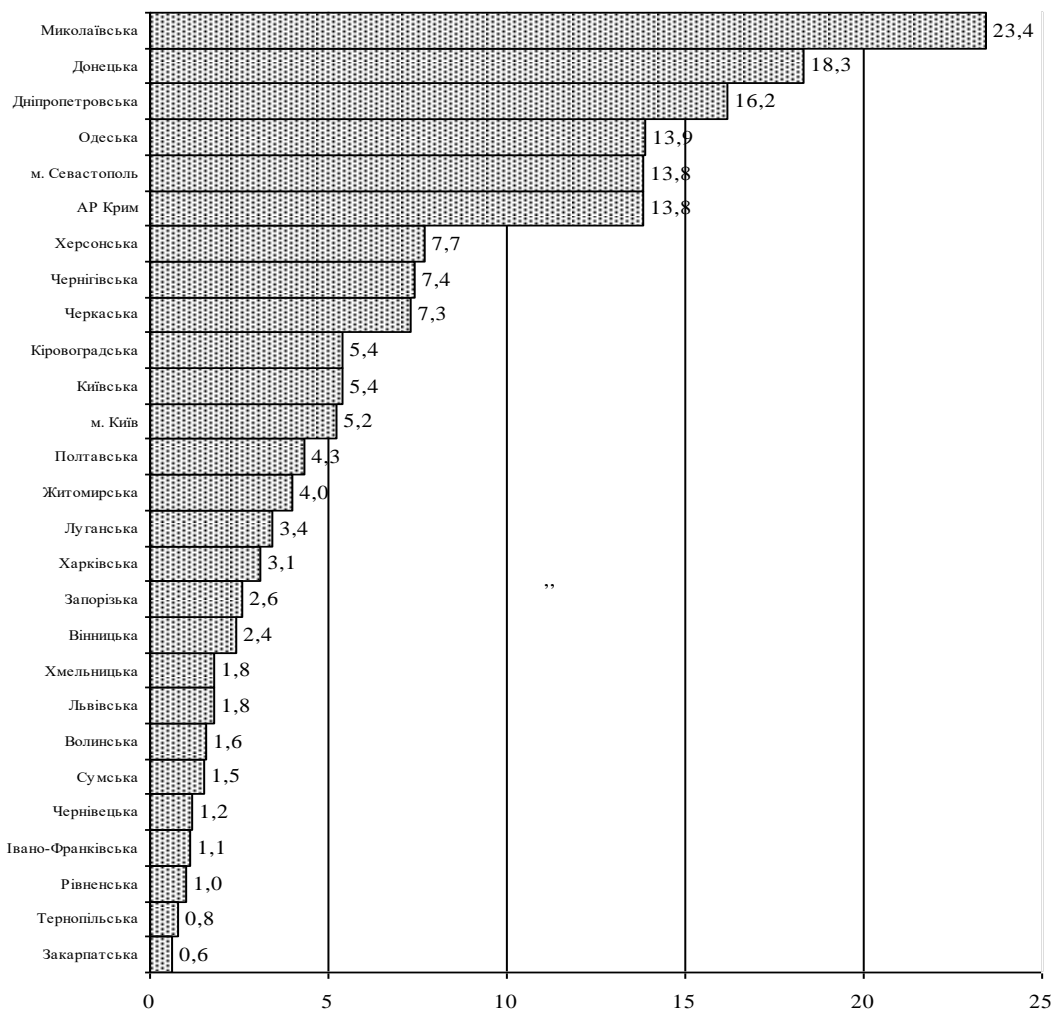


Рис. 2.7.7. Захворюваність населення України на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД), у 2009 р. по регіонах (на 100 тис. населення)

Отже, зменшення захворюваності на туберкульоз та її структурних показників з 2006 р. свідчить про стабілізацію епідемії туберкульозу в Україні.

Поширеність туберкульозу в Україні вимірюють кількістю контингентів хворих на всі форми активного туберкульозу, що зареєстровані у протитуберкульозних закладах країни. У 1998 р. на обліку знаходилося 113 966 хворих на активний туберкульоз усіх форм і локалізацій при поширеності 226,8 на 100 тис. населення. З 2006 р. абсолютна кількість хворих почала зменшуватися і налічувала, зокрема, у 2005 р. 103 177 хворих,

2006 р. – 99 247 хворих, 2007 р. – 93 195 хворих, у 2008 р. – 88 758 хворих, у 2009 р. – 84 048 хворих.

Стандартизований показник поширеності туберкульозу почав зменшуватися з 2004 р. і становив у 2003 р. 295,9 на 100 тис. населення, у 2004 р. – 224,9, у 2005 р. – 219,1, у 2006 р. – 212,3, у 2007 р. – 200,6, у 2008 р. – 192,1, у 2009 р. – 182,9. Це зумовлено, передусім, ефективнішим лікуванням хворих на туберкульоз і зменшенням термінів перебування хворих, що отримали основний стандартизований курс лікування, на диспансерному обліку.

У 2009 р. серед контингенту хворих на всі форми активного туберкульозу рівень захворюваності порівняно з 2008 р. знизився на 4,8% і становив 84 048 випадків (182,9 на 100 тис. населення). Територіальний розподіл контингенту хворих на всі форми активного туберкульозу у 2009 р. показав високі показники у Херсонській (272,4), Дніпропетровській (267,1), Львівській (210,8), Закарпатській областях (209,7 на 100 тис. населення).

Отже, зменшення поширеності усіх форм туберкульозу з 2004 р., поряд із зменшенням захворюваності теж свідчить про стабілізацію епідемії туберкульозу за останні роки.

Одним із показників, які характеризують епідемічну ситуацію з туберкульозу, є показник смертності. За 1998–2009 рр. показник смертності від туберкульозу збільшився на 13,04% – з 16,1 до 18,2 на 100 тис. населення. Проте у 2005–2007 рр. він хвилеподібно коливався на рівні 25,3–22,3–22,6 на 100 тис. населення, а за 2008–2009 рр. зменшився на 18,8%: у 2008 р. – 22,4, у 2009 р. – 18,2. Причому це зменшення відбулося на всіх адміністративних територіях країни. Тенденція до зменшення смертності хворих на туберкульоз за два останні звітні роки підкреслює наявність стабілізації епідемії. Також позитивним є те, що поліпшується ефективність лікування хворих на туберкульоз, що є головною передумовою поліпшення епідемічної ситуації щодо туберкульозу.

Проблеми щодо подолання епідемії туберкульозу в Україні

1. Хіміорезистентний туберкульоз. В Україні частота первинної хіміорезистентності становить від 7% до 25% хворих в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 75%. Це зумовлено тим, що до 2000 р. не закуповувалися антимікобактеріальні препарати, і хворі лікувалися хаотично: одним-двома препаратами замість чотирьох-п'яти, протягом трьох-чотирьох місяців замість 6–8 місяців. Все це призвело до розвитку стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів. Це дуже несприятлива прогностична ознака щодо взяття під контроль епідемії туберкульозу.

2. Поєднання туберкульозу з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Останніми роками суттєво збільшився приріст хворих на туберкульоз і ВІЛ/СНІД у деяких адміністративних територіях. Понад половина хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз помирає, що вимагає посиленого контролю за обома захворюваннями.

3. Залишається недостатнім харчування хворих на туберкульоз у стаціонарах. Харчування хворого на туберкульоз є невід'ємною складовою його лікування. Вартість харчування хворого у стаціонарі надзвичайно низька і не відповідає вимогам постанови

КМУ № 1752 від 27.12.2001 р. «Про норми харчування для осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу».

4. Незахищеність медичних працівників на випадок захворювання на туберкульоз, пов'язаного з виконанням ними службових обов'язків. Нечітко урегульоване визнання професійного туберкульозу для багатьох категорій медичних працівників. Фтизіатри не мають жодних пілг, окрім 15% за шкідливість. Не вирішено питання про дільничність фтизіатрів. Протитуберкульозні диспансери та умови праці медичних працівників в них не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам.

5. Руйнування матеріально-технічної бази та скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби на тлі епідемії туберкульозу.

Заходи щодо вирішення проблем контролю за туберкульозом в Україні

I. Організація своєчасного виявлення хворих на туберкульоз:

- децентралізація системи виявлення туберкульозу із залученням закладів загальної лікувальної мережі, закладів МВС, центрів зайнятості, управління в справах міграції та біженців тощо. На керівників цих закладів слід покласти відповідальність за виявлення туберкульозу у формі наказу по управліннях охорони здоров'я 27 адміністративних територій;

- розгорнення широкої санітарно-освітньої кампанії з метою інформування громадськості про туберкульоз та організацію його виявлення;

- формування груп ризику щодо захворювання на туберкульоз у всіх адміністративних територіях;

- активне виявлення хворих у групах ризику та виявлення за зверненням серед решти населення, що не входить до групи ризику;

- забезпечення виявлення інфікованих дітей шляхом щорічного обстеження їх методом туберкулінодіагностики з подальшим переходом на обстеження серед груп ризику;

- створення та забезпечення автоматизованої системи обліку та звітності щодо виявлених хворих, а також груп ризику;

- забезпечення внутрішнього та зовнішнього контролю системи виявлення хворих на туберкульоз, що зменшить гіпервиявлення та гіповиявлення захворювання.

II. Покращення діагностики туберкульозу:

- покладання відповідальності за діагностику туберкульозу, його ускладнень та супутньої патології на керівників протитуберкульозних закладів;

- алгоритм діагностики туберкульозу повинен включати: вивчення скарг та анамнезу захворювання; рентгенологічне обстеження органів грудної клітки; мікроскопія мазка харкотиння та його посів у мазок-позитивних для ідентифікації збудника та визначення його резистентності до антимікобактеріальних препаратів; інші додаткові лабораторні та інструментальні методи обстеження у складних діагностичних випадках; спеціальні методи обстеження, у т.ч. гістологічне при підозрі на позалегеневий туберкульоз; спеціальні методи обстеження при ускладненнях туберкульозу, ВІЛ-інфекції та супутній патології.

III. Організація регулярного, безперервного постачання протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами гарантованої якості:

- покладання відповідальності за організацію регулярного, безперервного постачання протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами гарантованої якості на Гендерний комітет МОЗ України;

- щоквартальний облік наявності та залишків антимікобактеріальних препаратів у кожному протитуберкульозному закладі й можливість перерозподілу препаратів між адміністративними територіями;

- подання заявок у IV кварталі кожного року для закупівель антимікобактеріальних препаратів із резервом на наступний рік;

- закупівля і розподіл між адміністративними територіями антимікобактеріальних препаратів протягом I кварталу року зразу після прийняття Державного бюджету України;

- лабораторна перевірка якості закуплених антимікобактеріальних препаратів.

IV. Організація лікування хворих на туберкульоз, у т. ч. хіміорезистентний та ВІЛ/СНІД-асоційований:

- покладання відповідальності за лікування хворих на туберкульоз, в т.ч. хіміорезистентний та ВІЛ/СНІД-асоційований, його ускладнень та супутньої патології на керівників протитуберкульозних закладів;

- в рамках існуючого ліжкового фонду організація відділення з боксованими палатами та іншими санітарно-гігієнічними вимогами для хворих на хіміорезистентний туберкульоз;

- використання затверджених обліково-звітних форм, адаптованих до міжнародних стандартів, та неухильне дотримання затверджених протоколів лікування та когортного аналізу;

- проведення інтенсивної фази лікування, коли хворі епідемічно небезпечні і приймають від 3 до 5 хіміопрепаратів протягом перших 2–4 місяців, у стаціонарних умовах.

- поряд із етіотропною антимікобактеріальною терапією застосування раціональної патогенетичної терапії, попередження та лікування ускладнень туберкульозу та лікування супутньої патології, а за наявності показань – хірургічні методи лікування;

- реструктуризація хірургічних ліжок у протитуберкульозних закладах; забезпечення лікувального процесу системою зовнішнього і внутрішнього контролю;

- здійснення моніторингу за організацією та якістю проведення контрольованого стандартизованого лікування хворих на туберкульоз на всіх рівнях;

- створення при регіональних та Всеукраїнському центрі контролю за туберкульозом МОЗ України групи фахівців з метою планового і систематичного щомісячного контролю якості лікування в регіонах (стан дотримання стандартизації лікування, організація контролю якості лікування, виявлення недоліків та їх усунення) та винесення проблемних питань на державний рівень;

- впровадження єдиних регіональних та національного реєстру на всіх хворих на туберкульоз за здійсненням стандартизованого контрольованого лікування хворих та проведення когортного аналізу на всій території України;

- проведення когортного аналізу та подання звітів до міжнародних організацій за їх стандартами.

V. Профілактика туберкульозу:

- забезпечення максимального охоплення щепленням вакциною БЦЖ усіх здорових доношених новонароджених, а усіх туберкулін-негативних – ревакцинацією у 7- та 14-річному віці;
- призначення хіміопрофілактики контактним, інфікованим мікобактеріями туберкульозу дітям, особам, які віднесені до контингентів групи ризику щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфікованим;
- здійснення поіменного комп'ютерного обліку усіх осіб, що підлягають щепленню, ревакцинації та хіміопрофілактиці.

VI. Забезпечення протитуберкульозних закладів медичними кадрами:

- приурочення кількох випусків лікарів та середніх медичних працівників до повного забезпечення ними протитуберкульозної служби;
- забезпечення можливості випускникам біологічних, біохімічних, імунологічних, хімічних, зоологічних та споріднених з медичними факультетів займати посади у лабораторіях з діагностики туберкульозу;
- організація постійно діючого навчання лікарів-фтизіатрів, лікарів загальної лікувальної мережі, лаборантів та середніх медичних працівників, рентгенологів, статистиків, лікарів-аналітиків з моніторингу, волонтерів для проведення контрольованого лікування хворих на кафедрах медичних вузів та закладів післядипломної освіти шляхом проведення навчальних семінарів в обласних протитуберкульозних закладах і навчальних центрах, створених в рамках реалізації позики МБРР «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом»;
- включення питань профілактики і лікування туберкульозу при атестації лікарів усіх спеціальностей.

VII. Організація контролю за протитуберкульозними заходами:

- покладання відповідальності за протитуберкульозні заходи на одного із заступників голови державної адміністрації (за згодою);
- неухильне виконання «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» та зазначених заходів;
- створення регіональних центрів контролю за туберкульозом на базі організаційно-методичних відділів протитуберкульозних диспансерів
- впровадження стандартної системи реєстрації та звітності, яка ґрунтується на кварталному когортному аналізі результатів лікування хворих та ефективності моніторингу загальнодержавної та регіональної програм протидії захворюванню на туберкульоз;
- організація національного і регіонального реєстру хворих на туберкульоз, бактеріовиділовачів, хворих на хіміорезистентний та ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз;
- впровадження системи зовнішнього і внутрішнього контролю якості реалізації усіх протитуберкульозних заходів;
- забезпечення загальної лікувальної мережі та протитуберкульозних закладів достатньою кількістю апаратів для променевої діагностики з цифровою обробкою даних, витратними матеріалами для бактеріоскопічного та мікробіологічного обстеження тощо;
- здійснення постійного контролю за смертністю хворих від туберкульозу.

VIII. Реформування, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби:

- створення вертикалі управління всією протитуберкульозною службою України на період епідемії туберкульозу;
- перегляд структури і функціонування туберкульозних санаторіїв, перепрофілювання деяких з них для соціально дезадаптованих хворих на туберкульоз, створення хоспісів;
- скорочення нерентабельних санаторіїв, малопотужних районних та міжрайонних протитуберкульозних диспансерів, в яких немає санітарно-гігієнічних умов для перебування хворих, а лікувально-діагностичний процес не відповідає сучасним стандартам;
- інтеграція протитуберкульозної служби із загальною лікарняною мережею для поліпшення ефективності виявлення та проведення амбулаторного контрольованого лікування хворих на туберкульоз;
- залучення недержавних організацій до проведення контрольованої хіміотерапії на амбулаторному етапі;
- удосконалення діяльності референс-лабораторії та регіональних лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу;
- співпраця і координація діяльності громадських організацій щодо туберкульозу.

Висновки

Таким чином, в Україні відбувається стабілізація ситуації щодо захворюваності на туберкульоз. Вперше за багато років держава може продемонструвати позитивні результати щодо протидії туберкульозу. Незважаючи на збереження епідемії в країні, протягом останніх років медики змогли зупинити зростання поширення та домоглися зменшення смертності: покращено фінансування, удосконалено нормативно-правову та матеріально-технічну базу медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на СНІД та туберкульоз.

Ситуацію щодо поширення епідемії туберкульозу в Україні взято під контроль завдяки комплексу організаційних заходів та суттєвому збільшенню фінансування. Останніми роками в Україні проводиться розбудова лабораторної мережі з діагностики туберкульозу та її оснащення сучасним обладнанням за рахунок позики Світового банку, коштів держбюджету – уже з 2007 р. було виділено із держбюджету 54 млн грн. Освоєно третину коштів (16 млн дол. США) позики Світового Банку «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні».

Забезпечення контролю захворюваності населення на туберкульоз можливе шляхом вирішення ряду медико-організаційних питань: організація своєчасного виявлення хворих на туберкульоз, покращення діагностики туберкульозу; організація регулярного, безперебійного постачання протитуберкульозних закладів антимікобактеріальними препаратами гарантованої якості; організація лікування хворих на туберкульоз, у т. ч. хіміорезистентний та ВІЛ/СНІД-асоційований; профілактика туберкульозу; забезпечення протитуберкульозних закладів медичними кадрами; організація контролю за протитуберкульозними заходами; реформування, реорганізація та реструктуризація протитуберкульозної служби.