

2.8. Епідемія ВІЛ-інфекції та організація протидії її розвитку

Епідеміологічна характеристика ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу є важливою складовою національної системи моніторингу для розробки адекватної відповіді країни на епідемію.

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 та 17 791 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

У 2009 р. в країні зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції (43,2 на 100 тис. населення). І хоча починаючи з 1999 р. число вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зростає щорічно, за період 2006–2009 рр. відмічається зниження темпу приросту даного показника: 16,8, 10,5, 7,6, 5,7%, відповідно (рис. 2.8.1).

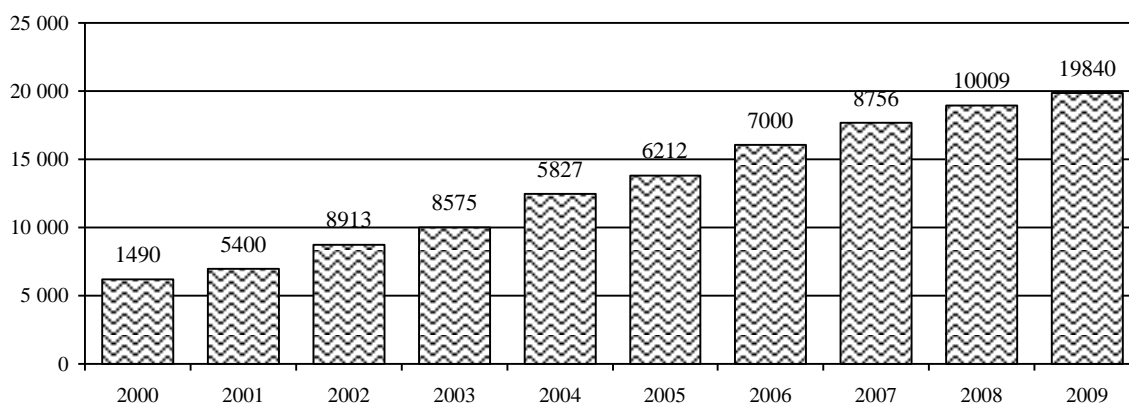


Рис. 2.8.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України за період 1987–2009 рр.

Протягом 2007–2009 рр. в Україні відмічається постійне збільшення кількості скринінгових досліджень на антитіла до ВІЛ – з 2 866 тис. обстежень у 2007 р. до 3358 тис. у 2009 р. Слід зазначити, що при постійній кількості тестувань СІН (код 102) рівень їх інфікованості практично не змінюється. Подібна ситуація спостерігається і щодо тестування осіб, в яких виявлені ППСШ (код 104). Водночас кількість тестувань осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти (код 105) збільшилася у 2 рази, але рівень їх інфікованості майже не змінився.

Аналіз територіальних особливостей поширення ВІЛ-інфекції серед СІН показав, що на тлі середнього рівня поширення ВІЛ по Україні 13,34% виявлено значні коливання цього показника по регіонах. Найвищі показники зареєстровано у Київській області – 35,43% та м. Києві – 32,60%.

Практика тестування, що існує в Україні, передбачає закупівлю тест-систем для донорів та вагітних за рахунок державного бюджету, а решта населення повинна тестуватися за рахунок місцевих бюджетів. При порівнянні частки тестувань, профінансованих з місцевих бюджетів, і загальної кількості тестувань виявляються

значні територіальні відмінності. Найбільші показники відмічаються у Чернігівській, Херсонській та Сумській областях, найменші – у Полтавській, Вінницькій та Львівській. Однак найдоцільніше розглядати не показник тестування за рахунок місцевих бюджетів взагалі, а питому вагу тестувань саме уразливих груп населення. За цими показниками найкраща ситуація спостерігається у Миколаївській, Черкаській та Хмельницькій областях.

Відомо, що інфікованість серед вагітних (більшою мірою) та донорів (меншою мірою) відображає інфікованість загального населення в країні. Протягом останніх трьох років рівень інфікованості вагітних становить 0,33–0,34%, донорів – 0,13–0,14%. Водночас поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) в середньому по Україні становило 0,55%. При аналізі регіональних даних відмічається, що цей показник у 2009 р. коливався в значних межах: від 0,04% в Закарпатській до 1,59% у Київській областях, а в Миколаївській, Дніпропетровській, Кіровоградській областях він перевищував 1% (1,28%, 1,12%, 1,03% відповідно). Такі дані можуть свідчити про можливу генералізацію епідемічного процесу ВІЛ-інфекції у деяких регіонах України.

Стосовно первинних донорів крові (код 108.1) найбільш небезпечна ситуація щодо інфікованості спостерігається у Одеській та Миколаївській областях – 0,53% та 0,80% відповідно (по Україні – 0,20%).

За офіційними даними, у 2009 р. щодня діагноз ВІЛ-інфекції встановлювався у 54 осіб, СНІД – у 12 осіб, а 7 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІДом.

З усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ серед громадян України з початку епідемії станом на 31.12.2010 р. під диспансерним спостереженням перебували 101 182 особи (220,9 на 100 000 населення), з них 11 827 – з діагнозом СНІД (25,8 на 100 тис. населення).

Загальновідомо, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість людей, інфікованих ВІЛ. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція і які були внесені до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більша кількість громадян можуть бути інфікованими, але вони необізнані щодо свого статусу.

Оновлені оцінки стосовно ВІЛ/СНІД в Україні засвідчують, що на початок 2010 р. в Україні мешкало 360 тис. людей віком від 15 років і старше, інфікованих ВІЛ. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики кількості осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (101 182 особи) на початок 2010 р. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28%, або кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, пройшов тест на ВІЛ і знає свій ВІЛ-позитивний статус.

Ці дані є результатом останньої національної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні станом на початок 2009 р. Значна кількість національних та міжнародних організацій, залучених у процес моніторингу епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зробили свій внесок у формування цієї оцінки, що стало складовою глобальної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДом станом на кінець 2009 р.

Кількість хворих на СНІД в Україні збільшувалася щороку, аж до рекордної межі – 4723 випадки в 2006 р. В результаті впровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії (АРТ) у 2007 р. вперше було встановлено незначне зниження кількості хворих на СНІД (рис. 2.8.2). І хоча протягом 2007–2009 рр. кількість людей, у яких діагностовано СНІД, реєструється приблизно на одному рівні: 4573, 4380 та 4437 (в показниках на 100 тис. населення: 9,8; 9,5; 9,7), СНІД залишається серйозним викликом системі охорони здоров'я України. Лікування СНІДу досі є високовартісним.

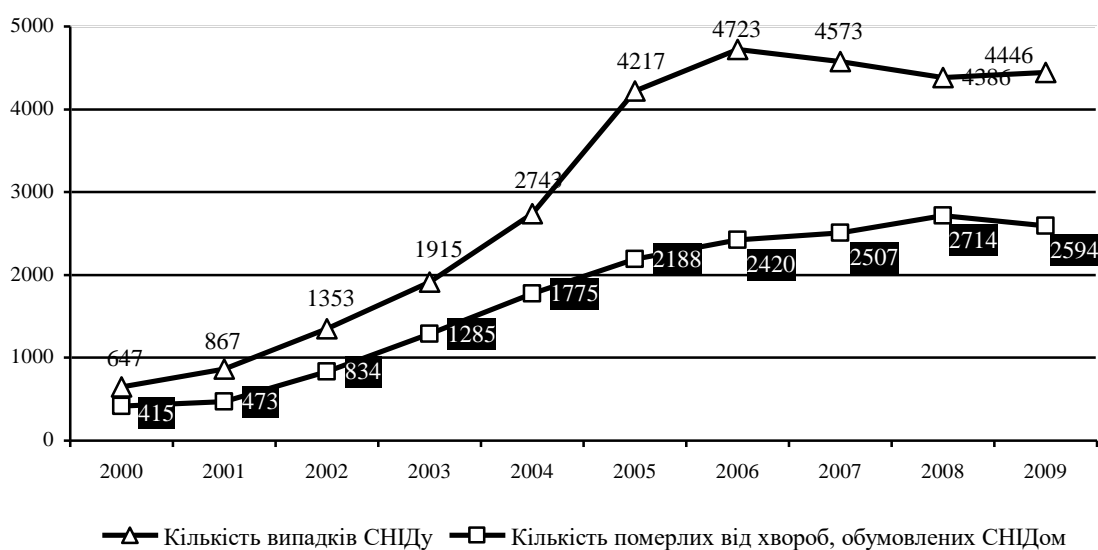


Рис. 2.8.2. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України в 1996–2009 рр.

Протягом усього періоду епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні спостерігалось збільшення числа осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом. В 2009 р. вперше порівняно з попереднім роком зменшилася кількість випадків смерті від СНІДу з 2710 до 2591 (в показниках на 100 тис. населення з 5,8 до 5,6, тобто на 2,6%), що є вагомим доказом позитивного впливу впровадження АРТ в Україні. Отже, збільшення охоплення хворих на ВІЛ-інфекцію АРТ призводитиме до подальшого зростання поширеності ВІЛ, оскільки знижуватиметься рівень смертності серед людей, які живуть з ВІЛ і отримують лікування. Водночас доступ до АРТ в Україні поки що не задовольняє реальної потреби хворих.

Обмеженим залишається обсяг лікування активних СІН у зв'язку з недостатньою доступністю замісної підтримувальної терапії, а відтак – з проблемою формування прихильності до АРТ.

Слід зазначити, що останніми роками все більше ВІЛ-інфікованих осіб виявляється через наявність клінічних показань. За результатами сероепідмоніторингу, у 2009 р. майже 22% від усіх позитивних результатів було виявлено серед осіб, обстежених за клінічними показаннями. А з 4437 випадків СНІДу, зареєстрованих у 2009 р., 2182 (або 49%) вперше взято під нагляд вже з розвинутою стадією ВІЛ-інфекції, тобто із СНІДом.

У зв'язку з тим, що переважна більшість ВІЛ-інфікованих осіб є людьми працездатного та репродуктивного віку (у 2009 р. понад 77% серед ВІЛ-інфікованих громадян України склали особи репродуктивного та працездатного віку 15–49 років), епідемія негативно впливає на соціально-економічний розвиток країни та створює загрозу національній безпеці.

Останніми роками зменшується частка випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 років серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції: у 2006 р. – 16%, у 2007 р. – 15%, у 2008 р. – 13%, у 2009 – 12%. Це також свідчить про деяку стабілізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

Як і раніше, існує значна різниця у поширеності ВІЛ-інфекції по регіонах України. Найбільш високі показники поширеності, за даними диспансерного обліку, зареєстровано у південно-східних регіонах країни: у Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Одеській, Херсонській областях, мм. Києві та Севастополі, а також АР Крим (512,7–223,7 на 100 тис. населення), де цей показник значно перевищує середній по країні, який на 01.01.2010 р. склав 220,9 на 100 тис. населення (рис. 2.8.3).

Економічний спад останніх років, підвищення рівня явного і прихованого безробіття в Україні, мають регіональні особливості. Криза зайнятості сильніше виявляється в областях з розвинутою важкою промисловістю. Існує взаємозв'язок між рівнем захворюваності, рівнем безробіття та кількістю осіб, які вживають наркотики, між підвищеною міграцією і пов'язаною з цим можливою частою зміною статевих партнерів, збільшенням кількості жінок, які займаються секс-бізнесом на тимчасовій або постійній основі. Цей взаємозв'язок спричиняє існування спільнот і регіонів, особливо сприйнятливих до поширення захворювання.

Слід зауважити, що з 1999 по 2006 рр. відбувалося збільшення абсолютної кількості СІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СІН серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. В 2006–2009 рр. реєструється майже однакова абсолютна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН при збереженні тенденції до зменшення їх частки (рис. 2.8.4).

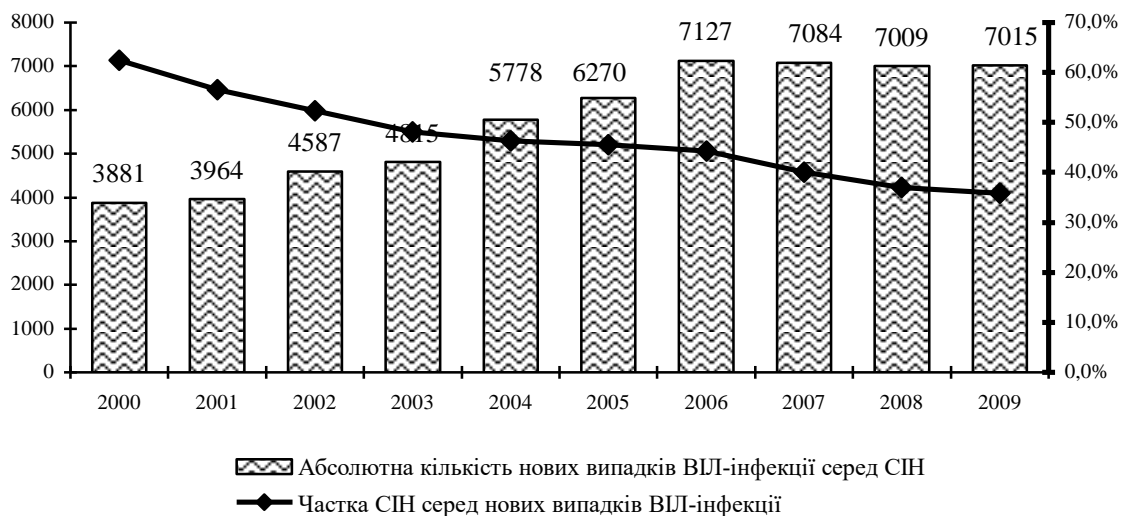


Рис. 2.8.4. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СІН у 1994–2009 рр.

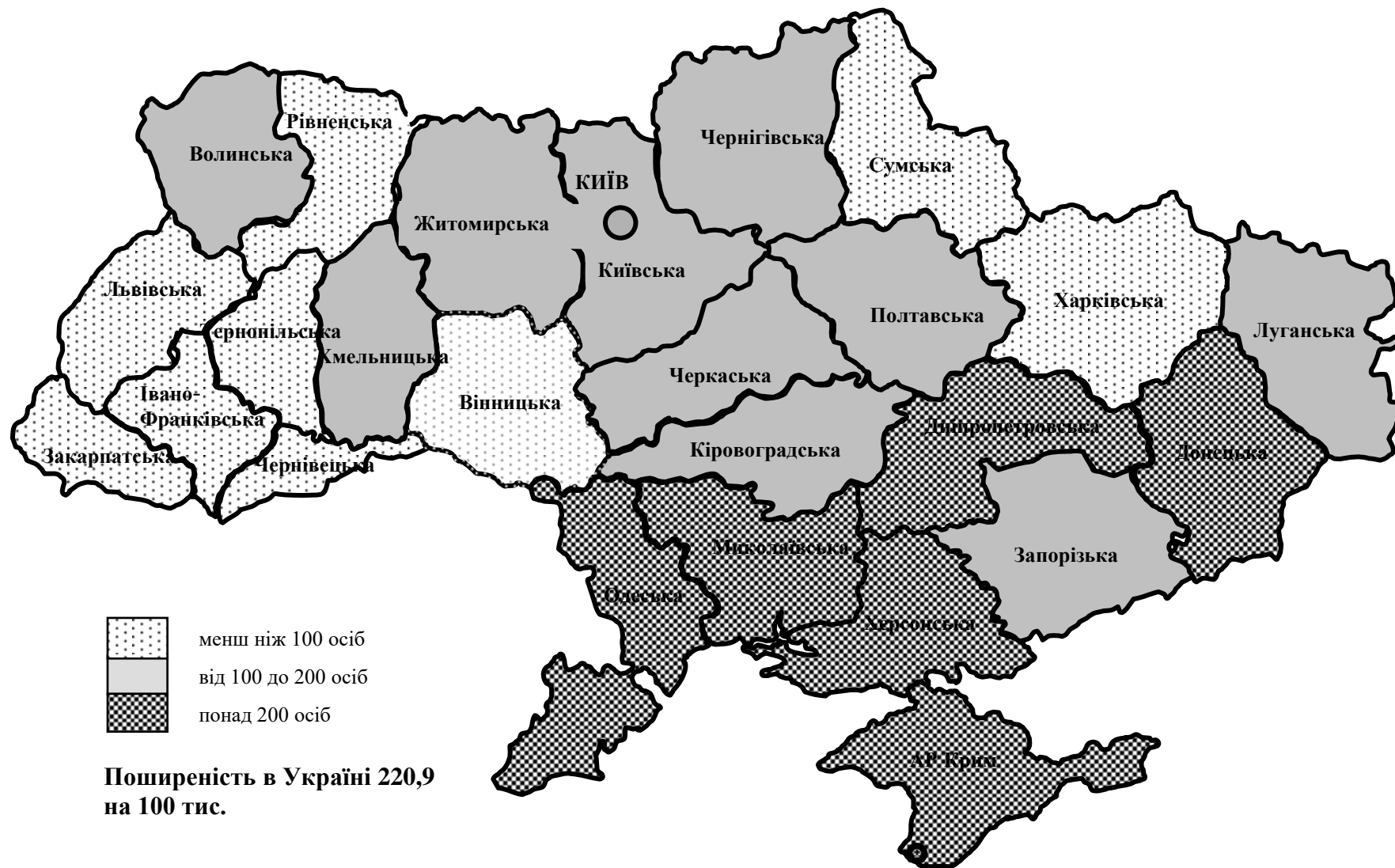


Рис. 2.8.3. Поширеність ВІЛ-інфекції в регіонах України на 100 тис. населення

Ще одна група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, – це чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). З 2005 по 2009 рр. в країні офіційно щорічно, реєструється все більша абсолютна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: 20, 35, 48, 65, 94, у тому числі випадків СНІДу. Можна припустити, що існує суттєвий недооблік випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із сексуальними стосунками серед чоловіків.

Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу, оскільки важко виділити цю групу з усіх випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом. Однак дані дозорного епіднадзора вказують на зростаючу епідемію серед цієї популяції.

На сьогодні Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, зосередженою серед окремих груп найвищого ризику інфікування: СІН, ЖКС, ЧСЧ. За даними дозорного епідеміологічного нагляду, серед зазначених груп населення поширеність ВІЛ-інфекції є різною, але тривожно високою. До інших груп населення, яких останніми роками все сильніше уражає епідемія, належать засуджені та особи, які перебувають під слідством. Незважаючи на те, що засуджені не виокремлюються як група ризику, існують дані про досить високий рівень ризикованої поведінки серед них. Дані епідеміологічного моніторингу підтверджують необхідність віднесення засуджених до групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, яка потребує додаткової уваги.

За даними соціологічних досліджень, у 2009 р. лише 32% СІН та 15% засуджених охоплено профілактичними програмами. Для того, щоб зупинити поширення ВІЛ-інфекції серед цих груп населення, необхідно перепланувати механізми реалізації цих програм і розширити їх за рахунок збільшення кількості державних служб, у тому числі у невеликих містах по всій Україні, та підвищення їх якості.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 по 2007 рр. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. вперше, починаючи з 1995 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%.

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дитородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. Незважаючи на те, що ці новонароджені спочатку мають позитивний результат на антитіла до ВІЛ, за рахунок материнських антитіл, більшість з них насправді є ВІЛ-негативними. Новонароджені, чий позитивний ВІЛ-статус не підтверджується у 18 місяців (за винятком деякої кількості дітей, у яких материнські антитіла зникають трохи пізніше), повинні зніматися з диспансерного обліку ВІЛ-інфікованих осіб. І хоча в країні спостерігається прогрес у профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини, загальна кількість дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом продовжує зростати (рис. 2.8.5).

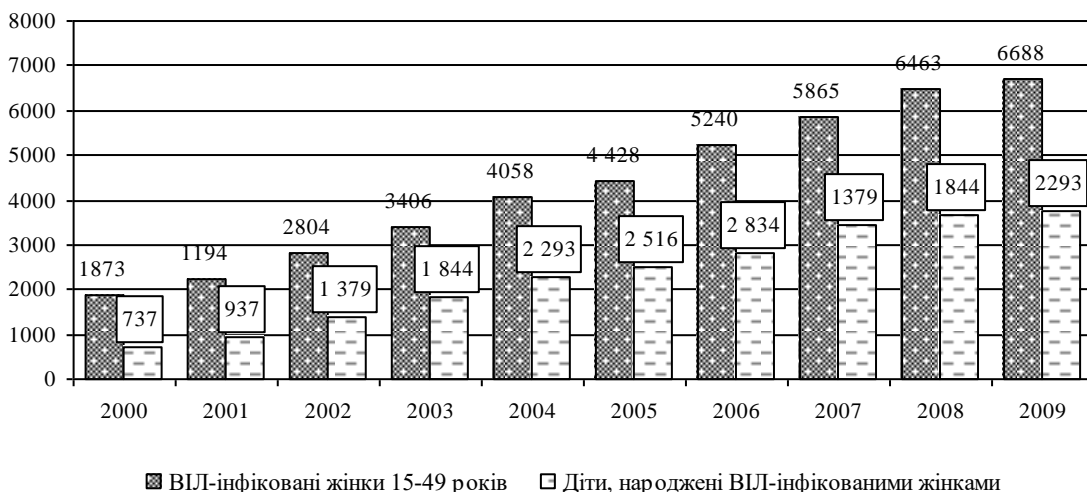


Рис. 2.8.5. Кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих жінок у віці 15–49 років та дітей, народжених ними

На 31.12.2009 р. під спостереженням перебувають 2418 дітей, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, у тому числі 575 дітей, хворих на СНІД, та 6222 дитини в стадії підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції (табл. 2.8.6).

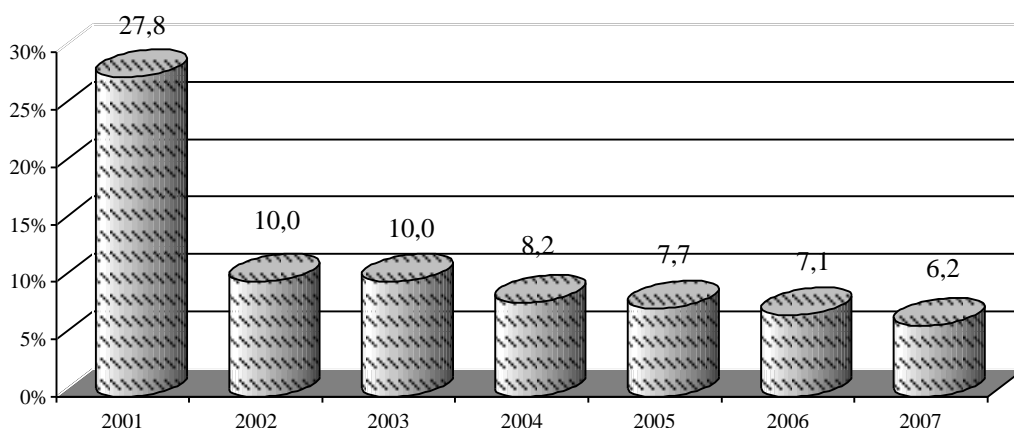


Рис. 2.8.6. Динаміка вертикальної трансмісії (% ВІЛ-інфікованих дітей)

Епідемія посилює потребу в ініціативах, які направлені на створення нових гендерних норм. Вживаються глобальні заходи для розробки нових методів профілактики ВІЛ за ініціативою жінок. Ключовим компонентом комплексних заходів у відповідь на ВІЛ є розширення програм профілактики, що можуть майже повністю усунути ризик передачі ВІЛ від матері до дитини. На сьогодні в Україні профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини є єдиним профілактичним напрямком діяльності, де досягнуто значних успіхів. Починаючи з 2003 р., рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищував 95%. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 р. до 92,5% у 2007 р. та до 94,9% у 2009 р. Результатом цієї діяльності стало суттєве зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини з 27,8% у

2001 р. (дані оціночного базового дослідження) до 6,2% у 2007 р. Для досягнення показників вертикальної передачі ВІЛ на рівні 2% потрібно багато зусиль.

Інтеграція ініціатив щодо боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції з програмами щодо статевого і репродуктивного здоров'я допомагає забезпечити доступ жінок до інформації та послуг, які необхідні для прийняття усвідомленого рішення про народження дитини.

У зв'язку з відсутністю доказів, які вказують на те, що статевий шлях передачі серед загального населення зумовлює більшість нових випадків ВІЛ-інфекції, Україна все ще належить до країн, де епідемія переважно концентрується серед осіб груп ризику (512,7–223,7 на 100 тис. населення).

Важливим напрямком протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є забезпечення безпеки донорської крові. Безпека донорської крові забезпечується Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (1998 р.) та змінами до нього (2001 р.) в частині дозволу використання швидких тестів в донорстві. Відповідно до зазначеного Закону, всі зразки донорської крові проходять обов'язкове тестування на 4 маркери інфекційних захворювань, у тому числі антитіла до ВІЛ, які є показником інфікованості донора. Щорічно в Україні обстежується на антитіла до ВІЛ близько 1 млн осіб. У 2008 р. було обстежено 880 307 осіб, виявлено 1 140 позитивних (0,13%), у 2009 р. – 953 785 та 1 339 відповідно (0,14%).

Переливання інфікованої ВІЛ донорської крові в лікувальних закладах в 2009 р. не зареєстровано, в 2008 р. 1 випадок стався в Чернігові внаслідок хибнонегативного результату тестування.

Ключовим компонентом програм профілактики та здійснення лікування і догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД є добровільне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – ДКТ).

Метою ДКТ є надання добровільної консультативної допомоги населенню щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, прийняття добровільного інформованого рішення про тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу, формування безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, мотивування до отримання своєчасної медичної допомоги, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (у тому числі за принципом «рівний-рівному»).

За останні роки значно збільшився доступ населення до послуг ДКТ, про що свідчить збільшення кількості виявлених випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі і в стадії СНІДу.

На виконання п. 5 Указу Президента України № 1674/2005 від 30.11.2005 р. «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні» станом на 31.12.2009 р. у всіх обласних та районних центрах створено мережу кабінетів «Довіра»: всього 737, з них на базі центрів СНІДу – 41, на базі КІЗів – 491, самостійних структурних підрозділів інших закладів – 205.

Не вирішеною залишається проблема навантаження на посаду лікаря-інфекціоніста у тих районах, де функції кабінетів «Довіра» покладені на кабінети інфекційних захворювань, що призводить до розвитку синдрому «вигорання» у медичних працівників та плінності кадрів, а це, в свою чергу, значно впливає на ефективність надання послуг ДКТ.

Спільними зусиллями міжнародних і державних організацій підготовлено 3000 консультантів з питань ДКТ, у т.ч. супервізори і майстер-тренери.

Фахівцями державних і міжнародних організацій – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України; Проект розвитку ВІЛ-сервісу в Україні, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Організація «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я» (РАТН) – спільно розроблено посібник «Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» та організовано проведення двічі на рік тематичного курсу вдосконалення лікарів «Базові питання ДКТ».

Збільшуючи охоплення населення послугами ДКТ, слід вирішити питання їх якості, тому що запровадження супервізії проведення ДКТ на регіональному рівні залишається формальним.

Система надання послуг з медичного догляду та лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні включає мережу 42 обласних та міських центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (центри СНІДу). Центрах функціонують паралельно з іншими закладами охорони здоров'я, які опікуються іншими, не пов'язаними з ВІЛ, аспектами медичного догляду, включаючи туберкульоз, наркологію та жіноче здоров'я. Відповідно до існуючих національних норм, багато областей розробили власні, місцеві підходи до надання АРТ, що викликало відмінності між регіонами з точки зору організації процесу та потенціалу центрів СНІДу.

У кожній області сьогодні існує щонайменше один заклад для амбулаторного надання АРТ, у деяких регіонах було підтримано децентралізацію медичних послуг за межами центру СНІДу. Стационарні відділення мають 15 регіональних центрів СНІДу (Вінницький, Дніпропетровський, Донецький, Запорізький, Івано-Франківський, Луганський, Миколаївський, Одеський, Полтавський, Харківський, Хмельницький, Чернівецький, Чернігівський обласні та Київський і Севастопольський міські) та 2 міські центри СНІДу (Дніпропетровський, Білоцерківський), загальною потужністю 461 ліжок. Спеціалізована стационарна допомога ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД дорослим надається в інших ЛПЗ.

При Вінницькому, Донецькому, Запорізькому, Івано-Франківському, Луганському, Миколаївському, Одеському, Хмельницькому, Чернігівському обласних центрах СНІДу та Київському міському центрі СНІДу також створено хоспісні відділення/палати загальною потужністю 80 ліжок.

Кадрове забезпечення регіональних центрів становить: 554 штатні лікарські одиниці, 655,75 штатної одиниці середнього медичного персоналу, 357,5 штатної одиниці молодшого медичного персоналу та інший обслуговуючий персонал.

Загалом в штатний розклад центрів входить 2097,5 штатної одиниці. Слід наголосити на проблемі кадрового забезпечення та плинності кадрів через високу завантаженість медпрацівників, ймовірність швидкого розвитку «синдрому вигорання» та відсутність профілактичних заходів щодо нього в закладах охорони здоров'я, низьку заробітну плату персоналу.

На сьогодні центри СНІДу недостатньо обладнані для задоволення усіх медичних потреб людей, які живуть з ВІЛ. Водночас, за найбільш скромними прогнозами, кількість

пацієнтів, які потребуватимуть АРТ, до 2013 р. зросте до 100 тис. осіб. І навіть за умови охоплення АРТ до 80% пацієнтів, які потребують такого лікування, це становитиме більш як п'ятиразове зростання.

АРТ є невід'ємним компонентом програми надання комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам поряд із діагностикою, профілактикою та лікуванням опортуністичних інфекцій (далі – ОІ), ко-інфекцій – туберкульозу та вірусних гепатитів, паліативною допомогою тощо. Основною метою АРТ є збереження повноцінного і якісного здоров'я та подовження життя ВІЛ-інфікованої людини. Окрім того, ефективна АРТ має профілактичне значення, оскільки у випадку не визначального рівня ВН ВІЛ у крові пацієнта, суттєво знижується ризик передачі ВІЛ.

З економічної точки зору, забезпечення відповідного доступу до АРТ призводить до зменшення навантаження на систему охорони здоров'я шляхом заощаджень витрат на лікування ОІ, госпіталізацію та стаціонарне лікування, догляд за важкохворими.

Розпочата в 2001 р. всього у двох містах – Києві і Одесі, АРТ сьогодні проводиться в 27 регіонах країни та двох національних центрах: клініці СНІДу ДУ «ІЕІХ ім. Л.В. Громашевського АМНУ» та «Клініці для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД» при Національній дитячій спеціалізованій лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України.

Станом на 31.12.2009 р. в Україні АРТ отримувала 15 871 особа, з них за кошти Державного бюджету України – 14 468 осіб (91,2%) та 1403 (8,8%) – за кошти 6-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі – ГФ 6-й раунд) в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» (переважно пацієнти з подвійною (ВІЛ/ТВ) та потрійною ВІЛ/ТВ/СІН патологією).

Для оцінки доступності лікування в Україні передбачено збір інформації про осіб, які отримують та очікують АРТ (потребують, але поки не отримують АРТ), з розподілом за статтю, віком, схемами лікування, джерелами фінансування, тобто ведення національної системи моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (далі – Система моніторингу лікування), затвердженої наказом МОЗ України № 187 від 07.04.2008 р. Підставою для внесення до списку очікування є стани, визначені Клінічними протоколами (Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений наказом МОЗ № 658 від 04.10.2006 р.; Клінічний протокол з АРТ лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію, затверджений наказом МОЗ № 182 від 13.04.2007 р.).

Особливостями даної Системи моніторингу лікування є можливість провести оцінку доступності лікування для окремих груп пацієнтів:

- з активним туберкульозом – особи з діагностованим легеневим або позалегеновим туберкульозом;
- активних споживачів ін'єкційних наркотиків – осіб, які вживають наркотики щоденно або вживали протягом останніх 30 днів;
- з активним вірусним гепатитом – особи з діагностованим активним вірусним гепатитом В або С.

Загальна потреба у АРТ, за даними Системи моніторингу лікування, складає 23 297 осіб станом на 31.12.2009 р. Серед тих, хто не отримує, але потребує АРТ, –

7426 осіб, з них 221 дитина. Дані показники враховують тільки пацієнтів, які перебувають під активним диспансерним спостереженням та зареєстровані в Системі моніторингу лікування. Під організаційно-методичним керівництвом Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом продовжується внесення інформації про пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку в Систему моніторингу лікування (табл. 2.8.1).

Таблиця 2.8.1

Загальна кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД,
які отримують та потребують АРТ в Україні*

Категорія осіб	Кількість осіб	
	отримують АРТ	очікують АРТ
Усього	15 871	7426
у тому числі:		
чоловіки, з них	8356	3954
діти	821	104
жінки, з них	7515	3472
діти	896	117
у тому числі:		
зі статусом активний ТБ	915	1207
зі статусом активний СІН	1194	902
зі статусом активний ВГ	968	746

Примітка: * – за даними форми № 56

В рамках підготовки Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р.) дані Системи моніторингу лікування, в частині кількості осіб, що отримують АРТ, були використані для розрахунку Національного показника № 4: «**Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію**», який в 2009 р. становив 48%. Визначення показника проводилося відповідно до «Керівних принципів розробки ключових показників» (ЮНЕЙДС, 2009 р.).

Кількість дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією в Україні була розрахована у 2008 р. групою міжнародних та національних експертів в рамках підготовки фінансових розрахунків для Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. (табл. 2.8.2). Розрахунки здійснювалися за допомогою програми «Спектрум» на основі форми № 2-ВІЛ/СНІД.

Таблиця 2.8.2

Розрахункові кількості дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією в Україні

Показник	Рік				
	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість осіб	33 016	42 754	56 801	76 107	98 874

При порівнянні показника охоплення АРТ осіб з прогресуючою ВІЛ-інфекцією в Україні в 2008–2009 рр. (41 та 48%) з відповідним показником минулих років спостерігається незначний його прогрес (рис. 2.8.7).

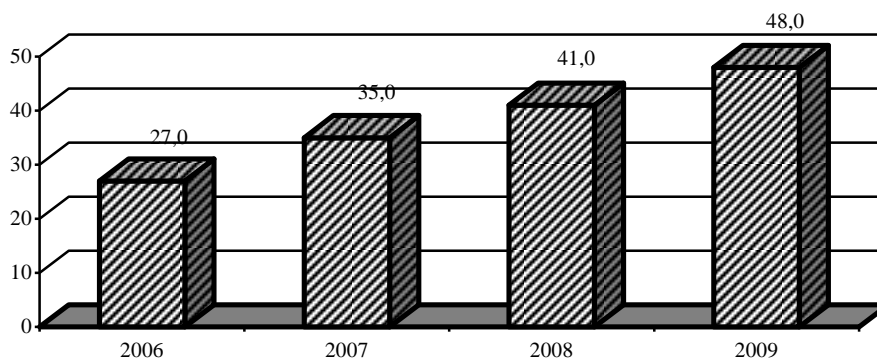


Рис 2.8.7. Динаміка охоплення АРТ дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією в Україні (%)

Вирішальний вплив на рівні захворюваності на СНІД та показники смертності від хвороб, обумовлених СНІДом, та прямий вплив на зменшення рівня передачі ВІЛ має рівень охоплення АРТ 80%.

Недостатній рівень охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих осіб, які її потребують, за останні роки вказує на необхідність термінової мобілізації зусиль державного та недержавного сектору щодо забезпечення універсального доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

За даними Системи моніторингу лікування, серед осіб, які отримують АРТ, 14 154 дорослих (старші 15 років) – 89,2% та 1717 дітей (віком 0–14 років включно) – 10,8%. Діти отримують АРТ виключно за рахунок коштів державного бюджету.

У загальній потребі в АРТ частка осіб чоловічої статі складає 52,8% (12 310 осіб), жіночої – 47,2% (10 987 осіб). Серед осіб, які отримують АРТ, чоловіки складають 52,7% (8356), жінки – 47,3% (7515), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до АРТ.

Співвідношення осіб, які отримують та очікують АРТ, серед чоловіків та жінок наведені на рис. 2.8.8.

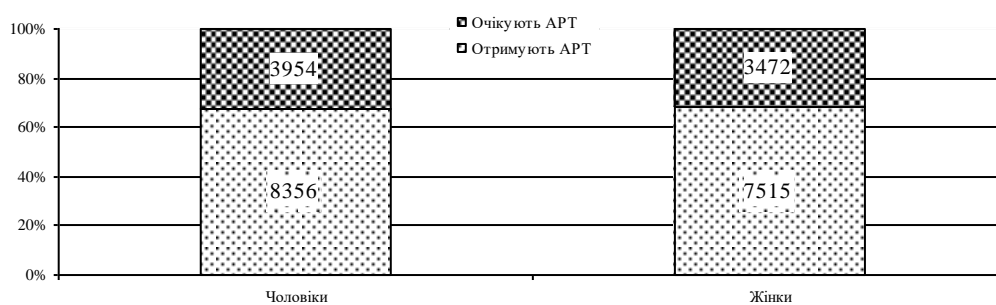


Рис. 2.8.8. Співвідношення осіб, які отримують та очікують АРТ, серед чоловіків та жінок

Незважаючи на те, що рушійною силою епідемії в Україні залишаються СН, їх частка серед осіб, які отримують АРТ, становить лише 7,5% (даний показник не враховує пацієнтів, які одночасно з АРТ отримують замісну підтримувальну терапію). Низька частка СН серед офіційно зареєстрованих осіб, які потребують АРТ, – 9,0% (2096 осіб) – свідчить, що зазначена категорія пацієнтів має обмежений доступ не тільки до АРТ, але й до медичної допомоги в цілому.

Запроваджена Система моніторингу лікування дозволяє відслідковувати режими АРТ серед тих, хто її отримує. Схеми АРТ 1-го ряду отримує 14 491 особа (91,3%), схеми АРТ 2-го ряду – 1361 особа (8,6%), схеми порятунку – 19 осіб (0,1%). Структура схем АРТ, які отримують пацієнти, станом на 31.12.2009 р. наведена на рис. 2.8.9.

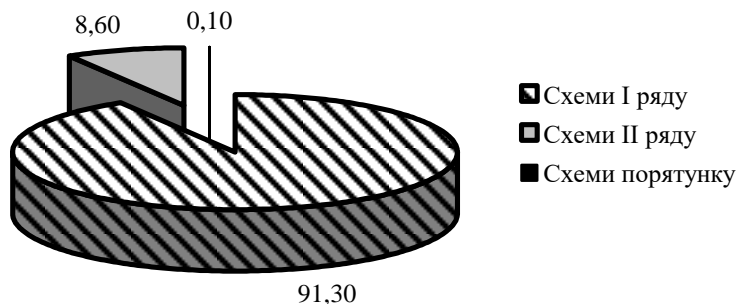


Рисунок 2.8.9. Структура схем АРТ, які отримують пацієнти, станом на 31.12.2009 р.

Всього для лікування використовується 152 комбінації АРВ-препаратів, з них на основі:

- ННІЗТ (ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази) + 2НІЗТ (нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази) – 56 комбінацій;
- ІІ (інгібітор протеази) + 2НІЗТ – 74 комбінацій;
- трьох НІЗТ – 14 комбінацій;
- інших комбінацій – 8.

Оцінка результатів лікування здійснюється шляхом когортного аналізу через 6, 12, 24, 36 і т.д. місяців від початку лікування. Когорта – це група ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які розпочали АРТ протягом одного місяця (наприклад, січень 2006 р., червень 2008 р. тощо). Постійне медичне спостереження дозволяє оцінити ефективність лікування у когорті за визначеними проміжками часу.

Узагальнені дані когортного аналізу за період з серпня 2004 р. по грудень 2008 р. показали, що через 12 місяців лікування 82,9% осіб, які розпочинали АРТ в когортах, продовжували її отримувати (мінімальний показник виживання), 8,5% осіб померли протягом року після початку лікування, 8,6% перервали АРТ переважно з немедичних причин. Максимальний показник виживання через 12 місяців (кількість осіб в когорті, які залишилися живими) склав 91,5% (рис. 2.8.10). Узагальнені дані річних когорт наведено на рис. 2.8.11.

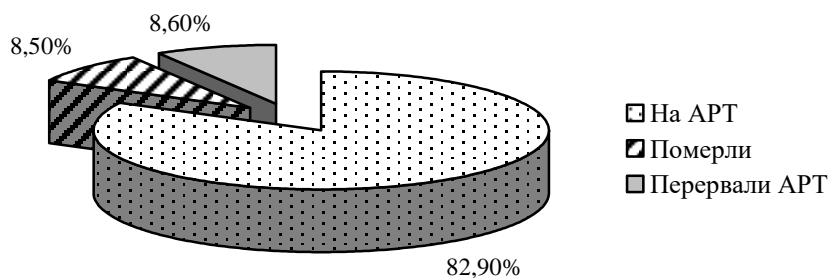


Рис. 2.8.10. Структура когорти через 12 місяців лікування (узагальнені дані когорт з терміном лікування 12 міс., період 08.2004 – 12.2008 рр.)

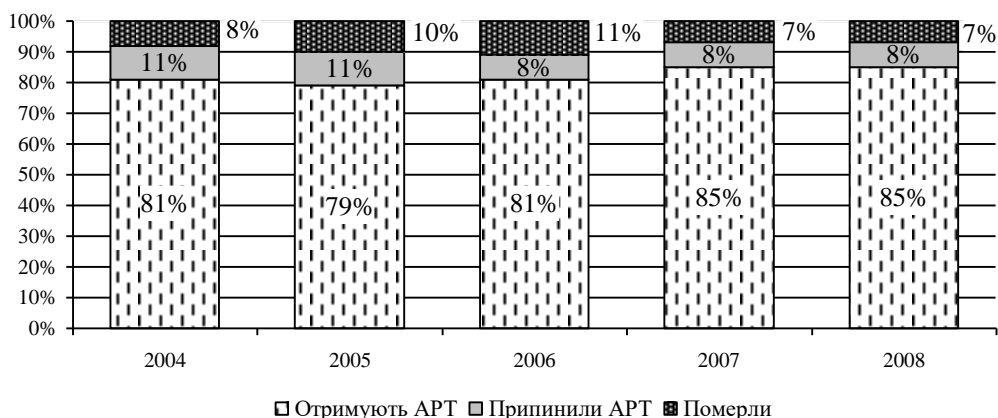


Рисунок 2.8.11. Структура річних когорт через 12 місяців після початку лікування

За результатами узагальнених даних когортного аналізу в період з серпня 2004 р. по грудень 2008 р., через 12 місяців лікування схеми АРТ 1-го ряду продовжували отримувати 81,0% осіб із загальної кількості пацієнтів, які розпочали АРТ в когорті. При цьому серед тих осіб, які продовжували прийом АРТ в когорті через 12 місяців, схеми АРТ 1-го ряду отримувало 97,8% осіб.

Найважливішим з точки зору можливості досягнення тривалої супресії ВІЛ є якнайдовше утримання пацієнта на вперше призначеній схемі АРТ.

З метою оцінки впливу АРТ на стан здоров'я пацієнтів здійснюється моніторинг їх функціонального статусу:

- «працездатний» – пацієнти, у яких фізична активність не обмежена, хворі здатні виконувати повсякденну діяльність в сім'ї та на роботі;
- «амбулаторний» – пацієнти, у яких фізична активність обмежена, хворі не здатні виконувати професійні обов'язки, але здатні до самообслуговування; можуть здійснювати самостійно повсякденну домашню роботу;
- «лежачий» – пацієнти, які не здатні до самообслуговування, потребують сторонньої допомоги.

На рис.2.8.12 наведені результати когортного аналізу зміни функціонального статусу у пацієнтів під впливом АРТ на початку лікування та через 6, 12, 24, 36, 48, 60 міс. Спостерігається чітка тенденція до покращення фізичного стану пацієнтів на АРТ, прямо пропорційно до тривалості лікування. Якщо на початку АРТ лише 45% пацієнтів відповідали критеріям функціонального статусу «працездатний», то через 5 років відсоток зростає до 80%.

Невід'ємною складовою успіху АРТ є забезпечення прихильності до лікування, тобто дотримання чітких рекомендацій щодо своєчасності та правильності прийому АРВ-препаратів. Прихильність до АРТ вважають:

- «високою», якщо пацієнт пропускає менше 3 прийомів доз препаратів протягом місяця;
- «помірною», якщо пацієнт пропускає від 4 до 8 прийомів доз препаратів протягом місяця;
- «низькою», якщо пацієнт пропускає 9 та більше прийомів доз препаратів протягом місяця.

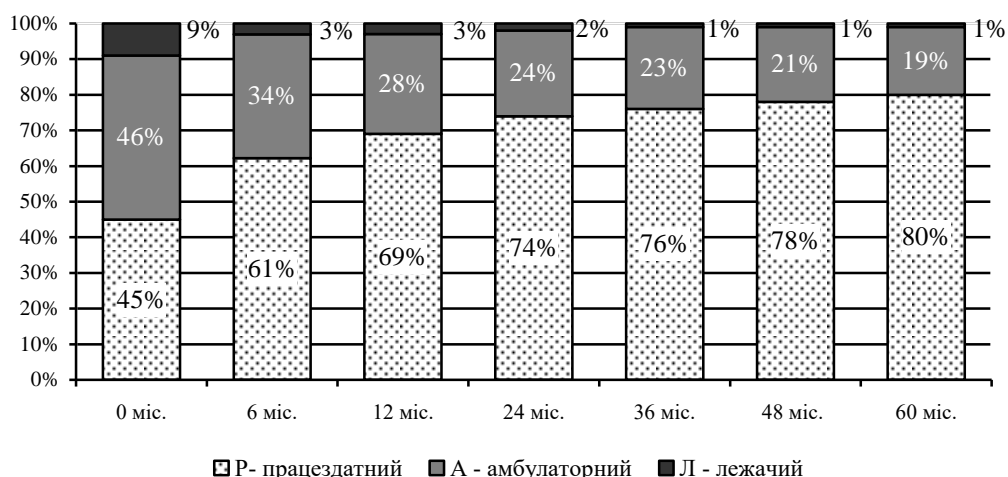


Рис. 2.8.12. Структура когорти за функціональним статусом серед осіб когорти, які отримують АРТ (агреговані дані всіх когорт за період 08.2004–06.2009 рр.)

На рис. 2.8.13 наведені результати когортного аналізу рівня прихильності до АРТ у пацієнтів когорти через 6, 12, 24, 36, 48, 60 міс. лікування. Зазначені результати підтверджують теоретичні дані, що прихильність до АРТ формується протягом перших 6–12 міс. лікування. В когорті пацієнтів, які отримують АРТ 5 років, 97,4% демонструють високу прихильність до АРТ. Випадки низької або помірної прихильності до АРТ потребують ретельного вивчення та вживання заходів з її покращення.

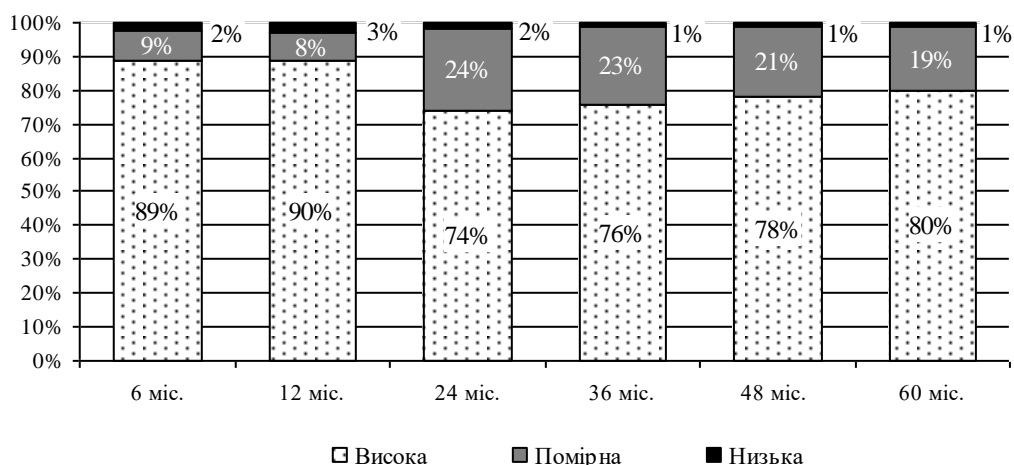


Рис. 2.8.13. Структура прихильності у осіб, які отримують АРТ більше 6 міс. (агреговані дані всіх когорт за період 08.2004–06.2009 рр.)

Наведені узагальнені показники, зокрема виживання, утримання на АРТ, вказують на позитивні тенденції в системі надання допомоги хворим та водночас підкреслюють важливість забезпечення доступу до лікування для усіх, хто його потребує.

Лікування ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на туберкульоз, є надзвичайно складним. Пацієнтам з високим ризиком прогресування ВІЛ-інфекції та високим ризиком летальності необхідно розпочинати АРТ до завершення протитуберкульозного лікування, що сприятиме

підвищенню ефективності лікування та зниженню смертності від туберкульозу. На сьогодні серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують АРТ, лише 6% становлять особи з активним туберкульозом.

В рамках підготовки Національного звіту національний показник № 6 *«Відсоток хворих, які отримали лікування від туберкульозу протягом року, серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували антиретровірусну терапію на кінець звітного року, від оціночної кількості хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ»* в 2008 р. становив 21%. В основу розрахунків взято попередні оціночні дані ВООЗ щодо кількості випадків захворювання на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ в Україні у 2008 р. (в абс. числах – 3593 особи). Кількість хворих, які отримали лікування від туберкульозу протягом 2008 р., серед тих, які отримували АРТ, на кінець 2008 р. становила 740 осіб (за даними форми № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого»).

Протягом 2007–2008 рр. проведено низку заходів, спрямованих на раннє виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та забезпечення їх відповідним лікуванням, у тому числі за підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД» в рамках програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні», яка реалізується за кошти ГФ, 6 раунд.

Слід зазначити, що відповідно до діючого «Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» (2006 р.), який визначає єдині стандартизовані підходи до надання допомоги ВІЛ-інфікованим особам в Україні, у випадках ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз АРТ призначається після завершення курсу протитуберкульозного лікування. АРТ до завершення протитуберкульозного лікування призначають лише пацієнтам з високим ризиком прогресування ВІЛ-інфекції та загрозою летального наслідку.

На даний час проводиться оновлення «Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», де туберкульоз у ВІЛ-інфікованої особи стане показанням до призначення АРТ, що значно сприятиме розширенню охоплення одночасним лікуванням туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Цей захід сприятиме значному зниженню смертності ВІЛ-інфікованих осіб, які хворі на туберкульоз.

Протягом 2009 р. у ВІЛ-інфікованих осіб проведено профілактику та лікування 31 302 випадків опортуністичних інфекцій або супутніх захворювань препаратами, що надані за рахунок коштів державного бюджету, кредиту Світового банку та гранту ГФ, 6-го раунду.

Діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (далі – ЗПСШ), як невід'ємна складова профілактичних послуг для представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ (далі – ГР), часто є недоступними для цих представників через високу вартість обстеження, профілактики і лікування, загрозу розкриття їх соціального та ВІЛ-статусу, низьку мотивацію звернень за допомогою до медичних закладів, недостатньо налагоджену координацію між різними закладами охорони здоров'я та неурядовими організаціями.

ЗПСШ підвищують вразливість до інфікування ВІЛ, оскільки призводить до істотних уражень слизових оболонок людини. Водночас інфікування ВІЛ призводить до несприятливого перебігу ЗПСШ.

В Україні за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» проводиться робота щодо забезпечення доступу представників ГР (СІН, робітники комерційного сексу, чоловіки, які мають секс з чоловіками) до діагностики та лікування ЗПСШ, у тому числі через забезпечення організаційно-методичних засад співпраці медичних закладів та громадських організацій (далі – ГО).

Препарати для лікування ЗПСШ в ГР, які закуплено за кошти гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією, передано до 86 ЛПЗ. Станом на 31.12.2009 р. лікування ЗПСШ вже отримало 13 346 представників ГР.

З метою забезпечення доступу представників ГР до послуг з діагностики та лікування ЗПСШ необхідно налагодити тісну співпрацю ЛПЗ з ГО, які працюють із зазначеними групами населення, та привести у відповідність до міжнародних стандартів діагностику та лікування ЗПСШ в ГР, у тому числі забезпечити впровадження синдромного підходу.

У разі збереження наявних тенденцій розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та низької ефективності заходів протидії, у недалекому майбутньому її наслідки можуть суттєво вплинути на поглиблення й без того важкої демографічної кризи, призведуть до погіршення якості продуктивних сил суспільства та інших важливих складових соціально-економічного розвитку держави.

Досвід європейських країн свідчить, що для усунення проблем, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, необхідно забезпечити реалізацію державної політики у сфері профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки інфікованих і хворих на СНІД шляхом об'єднання зусиль органів державної влади та громадськості. Тому необхідність створення ефективної системи дієвих заходів щодо запобігання подальшому поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу сьогодні розглядається як один з пріоритетів державної політики. У 2009 р. вперше за весь період епідемії Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. була затверджена Законом України.

Метою Програми є стабілізація епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом реалізації державної політики щодо забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на СНІД, включаючи забезпечення стерильними медичними виробами одноразового використання.

З погляду Програми розвитку ООН (ПРООН), ВІЛ став причиною «найбільш масштабного регресу в розвитку людини» у сучасній історії.

Пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу, завдавши нечуваних за масштабами страждань та смертей, руйнуючи спільноти, знищуючи набутки соціально-економічного розвитку, постала серйозною загрозою для цілих континентів, про що красномовно свідчить приклад Африки.

В 2000 р. керівники усього світу прийняли ряд цілей у сфері розвитку, які були сформульовані в Декларації тисячоліття і відобразили нову рішучість зробити світ більш безпечним, здоровим та справедливим. Одна з цілей Декларації передбачає, що до 2015 р. світ повинен зупинити глобальну епідемію ВІЛ-інфекції і започаткувати тенденції до скорочення її масштабів. Визначивши заходи у відповідь на епідемію, як один з

найважливіших міжнародних пріоритетів XXI-го ст., світові лідери підтвердили їх першорядне значення для майбутнього здоров'я і благополуччя нашої планети.

Останніми роками в Україні намітився прогрес у реалізації багатьох завдань та досягнень Цілей розвитку тисячоліття щодо зупинення поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та повернення епідемії у зворотному напрямку до 2015 р. Однак за рядом ключових напрямків досягнення досі не забезпечують виконання узятих зобов'язань. Окрім вищезазначеного слід зауважити наступне.

Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом 2009 р. забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо профілактики ВІЛ через відсутність відповідного фінансування становив лише 58,7%. Необхідні політична відданість, програми та збільшення ресурсів не лише для забезпечення того, щоб ВІЛ-інфекція не уразила теперішнє покоління молодих людей, але й для повернення у зворотному напрямку невисоких на сьогодні темпів поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення.

Останньою ключовою проблемою, яка перешкоджає національній відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, є відсутність відповідного фінансування для збільшення обсягів та підтримки профілактичних програм та заходів. У 2009 р. з держбюджету профінансовані видатки по охороні здоров'я приблизно на 52% від запланованих в Законі України «Про затвердження Загальнонаціональної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД» на 2009–2013 рр. (198, 5 млн). Вказати точну суму затрат на 2010 р. важко, оскільки держбюджет на 2010 р. ще не прийнятий, орієнтовна сума витрат складає близько 200 млн грн, що забезпечить 48% від потреб охорони здоров'я. Недофінансованими залишаються заходи щодо проведення АРТ всім хворим, що його потребують, забезпечення лабораторним обладнанням, тест-системами центрів СНІДу, визначення резистентності ВІЛ як рутинного тесту для хворих перед лікуванням тощо.

Хоча протягом останніх років відбулося суттєве збільшення державного фінансування програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, загальні потреби досі перевищують наявні ресурси. Ці ресурси доповнюються значним внеском від Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, а також внесками від інших міжнародних та двосторонніх донорів. Тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні вимагають посиленої уваги і підтримки з боку двосторонніх та багатосторонніх партнерів України. Зважаючи на значні та дедалі зростаючі потреби у сфері профілактики, лікування і догляду, очікується, що Україна потребуватиме подальшої підтримки з боку існуючих партнерів, а також додаткової допомоги від нових багатосторонніх та двосторонніх організацій.

Сучасними пріоритетами багатосторонніх і двосторонніх партнерів України є підвищення відповідальності донорів за підтримку загальнодержавних планів і політик, розроблених за участю усіх зацікавлених сторін, зокрема громадянського суспільства та інших ключових національних учасників, а також підтримки програм і стратегій, що відповідають національним пріоритетам і програмам, насамперед вимогам нової Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 р. як загальної основи для співпраці.

2.9. Проблеми алкоголізації населення

Як і в попередні роки, проблема алкоголізації населення залишається однією з важливих проблем українського суспільства. За тисячоліття вживання спиртних напоїв вони стали складовою багатьох культур світу, в тому числі й української. Вина, горілчани вироби, пиво роблять їжу та пиття більш приємними, допомагають людям спілкуватися. Витрати населення на алкогольні напої досить стабільні: в середньому одне домогосподарство на місяць витрачає понад 1% від усіх грошових витрат. За даними Держкомстату України, в III кварталі 2009 р. на алкогольні напої на 1 домогосподарство в середньому припадало 1,4%, або 35,29 грн (II квартал 2009 р. – 1,7%, або 40,8 грн). Спостерігаються деякі відмінності у таких витратах в залежності від місця проживання та матеріального забезпечення. Так, якщо міське населення у III кварталі 2009 р. витратило 39,2 грн, або 1,5% (II квартал 2009 р. – 1,8%, або 46,9 грн), то в селах – 1,4%, або 26,52 грн (27 грн та 1,4% у II кварталі 2009 р.). В домогосподарствах із середньодушовими доходами в місяць до 300 грн витрати на алкоголь дорівнювали 14,38 грн, або 1,2% (19,55 грн та 1,7% від усіх грошових витрат у II кварталі 2009 р.), а при середньодушовому доході до 1920 грн вже понад 73,1 грн, або 1,6% (II квартал 2009 р. – 89 грн та 1,7%). Навіть в домогосподарствах з доходами нижче прожиткового мінімуму (626,0 грн на місяць) витрати на алкогольні напої склали 20,13 грн, або 1,2% (II квартал 2009 р. – 25,5 грн та 1,6%).

Хоча ризик розвитку алкогольної залежності відносно незначний (від 7% до 11%), недотримання тверезого способу життя переважною більшістю дорослих та молоді сприяє поширеності цієї патології.

Алкоголь – один з головних факторів ризику, що викликає найбільшу захворюваність населення. Він є причиною майже 60 різних захворювань і хворобливих станів, у тому числі психічних розладів, злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання, опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту, системи кровообігу, імунологічних порушень, підвищує ризик травмування, передчасних пологів та патології новонароджених тощо. За даними ВООЗ (2005 р.), якщо в країнах, що розвиваються, з високим рівнем смертності він займає 11-е місце серед 12 головних факторів ризику, які викликають найбільшу захворюваність населення, то в країнах, що розвиваються та мають невисокий рівень смертності, алкоголь знаходиться на 1-му місці, а в розвинених країнах – на 3-му місці. В Україні досі відсутня обґрунтована оцінка наслідків алкоголізації населення. За оцінкою ВООЗ (Albena Arnaudova), в Україні споживання алкоголю спричиняє 12% тягаря хвороб. Слід також враховувати й той факт, що раннє вживання алкоголю сприяє наркоманії. Встановлено, що ймовірність залучення підлітків до наркотиків мізерна – при невживанні алкоголю і тютюну спостерігається лише у 0,6% юнаків та 0,4% дівчат.

Слід також враховувати, що наразі майже немає сумнівів у тому, що споживання алкоголю у малих дозах може бути корисним для здоров'я та соціального спілкування. Доведено, що споживання алкоголю у малих дозах зменшує ризик коронарної хвороби серця, хоча дози споживання та ступінь зниження ризику все ще дискутуються. Встановлено, що найбільше зниження ризику досягається при споживанні в середньому

10,0 г алкоголю (одна доза) через день. При перевищенні 20,0 г (дві дози) на день ризик коронарної хвороби серця зростає. У похилому віці зниження ризику відбувається в меншій мірі. Є окремі дані, що алкоголь у малих дозах може зменшувати ризик деменції судинного походження, жовчнокам'яної хвороби та цукрового діабету

Алкоголізація населення підвищує криміналізацію суспільства (табл. 2.9.1).

Таблиця 2.9.1

Вплив алкоголізації населення на кримінальну ситуацію в Україні у 2007–2009 рр.

Злочинність	Рік		
	2007	2008	2009
Кількість зареєстрованих злочинів у стані алкогольного сп'яніння (тис.)	31,0	30,6	32,1
Частка від загальної кількості злочинів (%)	14,5	14,7	15,1
у т.ч. неповнолітніми у стані сп'яніння	2042	1943	1802
частка від загальної кількості злочинів, скоєних ними (%)	13,1 (15 572)	14,3 (13 541)	13,9 (12 956)

Індикатором стану алкогольної проблеми в країні є рівень поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки. Хоча рівень поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю останніми роками дещо знизився, він наразі залишається високим. Якщо у 2005 р. показники поширеності на гострі психотичні алкогольні розлади та хронічні алкогольні синдроми становили 35,5 на 100 тис. населення (16,7 тис. осіб) і 1343,9 (633,5 тис. осіб) відповідно, то у 2007–2009 рр. вони становили 33,14 (15,4 тис. осіб) і 1336,9 (621,2 тис. осіб), 32,5 (15,0 тис. осіб) і 1338,0 (618,0 тис. осіб) та 22,2 (10,2 тис. осіб) і 1323,5 (608,3 тис.) відповідно. Таким чином, фактично щороку на облік перебуває понад 620 тис. осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.

Станом на 31.12.2009 р. на профілактичних обліках дільничних інспекторів міліції перебувало майже 211,7 тис. хронічно хворих на алкоголізм. У 2009 р. на облік було поставлено 47,8 тис. осіб.

За даними ВООЗ, Україна займає 61-е місце серед 100 країн за рівнем споживання алкоголю: на душу населення на рік припадає понад 6 л абсолютного спирту (українські експерти вважають більш достовірною цифрою 12 л).

Як і в попередні роки, у 2009 р. актуальною була проблема фальсифікації алкогольних виробів. Її соціальний аспект полягає у тому, що споживання підроблених спиртних виробів призводить до отруєнь: за неповними даними, у 2009 р. від вживання неякісних алкогольних напоїв померли приблизно 5 тис. осіб, що на 31% менше, ніж у 2008 р.

Низька ефективність антиалкогольних заходів підтверджується соціологічними дослідженнями щодо поширеності тверезого способу життя серед населення (опитування учнів загальноосвітніх навчальних закладів за програмою «ESPAD»), рівнем споживання алкогольних напоїв в динаміці тощо. Тверезий спосіб життя наразі властивий незначному прошарку населення. Вибіркові дослідження свідчать, що лише 9,5% чоловіків і 21% жінок старше 18 років не вживають алкоголь. Хоча охоплення підлітків навчальними програмами щодо здорового способу життя (ЗСЖ) високе – питання профілактики алкогольної

залежності включені в предмети «Основи здоров'я» та «Основи безпеки життєдіяльності», – вплив цих програм на учнів незначний, зокрема через невеликий обсяг навчального матеріалу. За результатами останнього (четвертого) Європейського опитування підлітків «ESPAD» в Україні, 63% з них вже у віці 15 років мають досвід куріння, 91% – вже вживали алкоголь, а 14% – курили марихуану. Це дає підстави соціологам та ЮНІСЕФ припускати, що вживання дітьми алкоголю, психотропних речовин і куріння незабаром може негативно позначитися на демографічній ситуації в країні.

У 2009 р. відбулися деякі позитивні зміни в антиалкогольній політиці країни. Загальновизнаними ефективними антиалкогольними заходами є тестування водіїв на наявність алкоголю, зниження допустимих рівнів його вмісту в крові та посилення санкцій за порушення встановлених норм. Фахівцями МВС та МОЗ України розроблено та зареєстровано у Мін'юсті України наказ № 400/666 від 09.09.2009 р. «Про затвердження Інструкції про виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції». Згідно інструкції, п'яним можна вважати водія, у якого вміст алкоголю в крові перевищує 0,2 проміле. Наприкінці 2008 р. у чинному законодавстві відповідальність за водіння у нетверезому стану були також значно посилені. Так, за керування транспортними засобами особами в стані сп'яніння передбачається штраф від 2550 до 3400 грн (у старій редакції – від 15 до 20 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян), введені нові норми покарання, зокрема громадські роботи (від 40 до 50 год.) та адміністративний арешт (на строк від 7 до 10 діб) тощо. Запровадження такої норми вмісту алкоголю в крові та збільшення розмірів штрафів за водіння у нетверезому стані наблизили Україну до країн, в яких запроваджено більш жорсткі санкції за водіння у нетверезому стані, однак все ще існують значні відмінності (табл. 2.9.2).

Таблиця 2.9.2

Законодавче регулювання граничного вмісту алкоголю у крові для водіїв транспорту
в країнах Європи та КНР

Країна	Ліміт (у проміле / келихи пива)	Покарання за перевищення
Бельгія	0,5/1,5	1000–150000 євро
Нідерланди	0,5/1,5	від 3600 євро
Велика Британія	0,8/2,5	до 150000 євро
Польща	0,2/0,6	до 2500 євро
КНР	0,2/0,6	200–500 юанів
Туреччина	0,5/1,5	від 900 євро
Литва	0/0	до 7400 євро
Угорщина	0/0	до 2600 євро
Росія	0,3/1	позбавлення прав на 1,5–2 роки
Україна	0,2	штраф до 3400 грн, вилучення прав на 1–2 роки

Суттєві зміни відбулися у маркетингу алкогольних напоїв. Як відомо, реклама чинить негативний вплив на свідомість населення, створює зайві та шкідливі потреби, сприяє просуванню на ринок шкідливих для здоров'я продуктів, зокрема алкогольних напоїв. З 1.01.2009 р. в Україні діє норма щодо заборони реклами

алкогольних напоїв засобами зовнішньої реклами, а з 2010 р. вона розповсюджується й на усі друковані ЗМІ (крім спеціалізованих видань). Законом України № 1824-VI від 21.01.2010 р. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмеження споживання і продажу пива та слабоалкогольних напоїв» до алкогольних напоїв було прирівняно пиво та алкопопси. Тим самим на них стали розповсюджуватися всі норми щодо обмеження споживання, продажу, рекламування та відповідальності за порушення норм чинного законодавства стосовно алкогольних напоїв. На сьогодні заборонено рекламування будь-яких алкогольних напоїв засобами внутрішньої та зовнішньої реклами, на зовнішніх та внутрішніх поверхнях транспортних засобів загального користування та метрополітену, з 6 год ранку до 23 год по телебаченню та радіо, на перших і останніх сторінках газет, на обкладинках журналів та інших видань, в усіх виданнях для дітей та юнацтва, на сторінках для дітей та юнацтва усіх друкованих видань.

Водночас для алкогольної реклами залишаються такі досить потужні засоби, як Інтернет, телебачення та радіо (з 23 до 6 год) тощо. Світовий досвід показує хибність такої політики. Так, Європейський суд у 2004 р. беззастережно підтримав заборону реклами алкоголю у Каталонії та Франції і визнав, що реклама є заохоченням до його споживання. ВООЗ змоделювала вплив заборони реклами. Застосування цієї моделі до країн ЄС свідчить, що завдяки цьому можна було б щорічно уникнути майже 202 тис. років інвалідності та передчасної смерті при оціненій вартості дотримання цих заходів у 95 млн євро.

В Україні основна увага досі приділяється заходам щодо обмеження в ЗМІ, аж до повної заборони, рекламування алкогольних напоїв та тютюнових виробів. Це, однак, не вирішує проблеми, оскільки у повсякденних матеріалах ЗМІ (відеофільми, спектаклі тощо), наприклад, алкогольна тематика зараз займає ледь не домінуючу позицію. Наше суспільство ще не усвідомило необхідність прийняття заходів щодо обмеження показу нездорового способу життя на телебаченні та кіно.

Законом України від № 1202-VI 3.03.2009 р. «Про внесення змін до деяких законів України з питань акцизного збору» були підвищені ставки акцизного збору на спирт етиловий та алкогольні напої. На думку експертів, це дозволить зменшити тіньовий сектор «необлікованого» алкоголю та збільшити надходження до держбюджету від акцизу на алкогольні вироби. Дуже важливо, що даним законом запроваджено норму щодо систематичного корегування акцизів на алкоголь: «Щорічно, починаючи з 2010 р., ставки акцизного збору на спирт етиловий та алкогольні напої підлягають індексації на індекс споживчих цін за минулі 12 календарних місяців» (ст. 8-2). З 01.06.2009 р. ставка акцизу на літр 100% алкоголю у міцних напоях зросла з 21,5 до 34 грн. Це дало змогу підвищити мінімальну ціну 0,5 л горілки до 14 грн (постанова КМУ № 957 від 30.10.2008 р.). З 01.07.2009 р. ставку акцизу на 1 л пива збільшено з 31 до 60 коп (зміни до Закону України «Про ставки акцизного збору і ввізного мита на деякі товари (продукцію» від 11.07.1996 р.).

Зробити людину тверезою проти її волі неможливо. Фахівці ВООЗ серед ефективних стратегій щодо зменшення шкідливих наслідків від споживання алкоголю вважають застосування у закладах ПМСД короткотермінових інтервенцій

(втручань) серед пацієнтів з небезпечним або згубним споживанням алкоголю, однак без гострої залежності від нього. Адже люди з високим рівнем споживання етанолу відвідують поліклініку майже вдвічі частіше, ніж інші пацієнти. Заклади ПМСД є дуже зручним місцем для виявлення алкогольної проблеми. Як вважають експерти ВООЗ, раннє втручання та надання медичної допомоги таким пацієнтам – це гуманний підхід до полегшення людських страждань, метод скорочення споживання населенням алкоголю та шкоди здоров'я, спосіб зменшення витрат медико-санітарної допомоги. ВООЗ змодельувала вплив та вартість надання короткої поради щодо обмеження споживання алкоголю у системі ПМСД для 25% населення, яке наражається на ризик. Застосування цієї моделі до країн ЄС свідчить, що можна було б кожного року уникати майже 408 тис. років інвалідності та передчасної смертності при оціночній її вартості у 740 млн євро. В Україні така стратегія ВООЗ, незважаючи на доведену ефективність, не застосовується. Потрібно організувати підготовку лікарів та середніх медичних працівників до надання пацієнтам таких послуг, а також запровадити систему соціально-економічного їх стимулювання залежно від обсягу використаних профілактичних технологій, розробити стандарти надання допомоги за профілактичними технологіями надання допомоги пацієнтам у закладах охорони здоров'я щодо відмови від куріння і зменшення споживання алкоголю. працівники АПЗ потребують.

Висновки

1. Алкоголь є фактором, який відчутно впливає на здоров'я населення. В Україні вирішення проблеми алкогольної залежності населення до цього часу проводиться непрограмним методом, немає плану дій та координаційного органу з питань протидії алкоголізації населення.

2. Недосконалість державної політики щодо реклами алкогольних виробів, попри значне її обмеження у 2009 р. та на початку 2010 р., – у виробників алкогольних напоїв все ще залишаються досить потужні засоби просування алкогольних виробів на ринок, відсутні дієві важелі впливу держави на обмеження показу нездорового способу життя по телебаченню.

3. У закладах ПМСД не застосовуються короткотермінові втручання з приводу зловживання алкоголем.

4. Не створена національна система моніторингу та епідеміологічного нагляду за споживанням алкогольних напоїв. Недосконала валеологічна освіта підростаючого покоління.

2.10. Стан і проблеми наркоманії в Україні

Однією з найактуальніших проблем суспільства загалом і охорони здоров'я зокрема залишається проблема наркоманії. На сьогодні Україна перетворилася у наркозалежну країну. У 2009 р., як і в попередні понад 10 років, основні зусилля щодо протидії наркоманії в Україні були зосереджені на вилученні з незаконного обігу наркотичних засобів, виявленні збувачів наркотиків, а останнім часом також на недопущенні витоку підконтрольних речовин з об'єктів їх легального обороту, тобто на заходах з обмеження поширення наркотиків (табл. 2.10.1).

Таблиця 2.10.1

Заходи з обмеження поширення наркотичних засобів в Україні

Заходи	Рік		
	2006	2007	2009
Вилучення наркотичних засобів (тонн)	39,8	14,5	10,2
Ліквідація нарколабораторій	225	256	223

Тільки в 2009 р. було перекрито 282 міжнародні канали переміщення наркотиків, виявлено 7,7 тис. збувачів наркотичних засобів, з них було заарештовано 49,9 % осіб, 753 особи притягнуто до адміністративної відповідальності за незаконний посів маку чи конопель (ст. 106-2 КУпАП). Вартість вилучених наркотичних засобів та психотропних речовин у 2009 р. за цінами чорного ринку складала майже 1,1 млрд грн (МВС України). У 2009 р. значно зріс обсяг вилучених коштів і майна у наркоділків: з 10,3 млн грн у 2008 р. до 90,7 млн грн. Однак необхідно зазначити, що ефективність стратегії блокування постачання наркотиків до цього часу залишається невідомою. На підставі досвіду США, яка найбільш активно її застосовує без особливого успіху, можна зробити висновок про низьку ефективність такої стратегії.

Сьогодні це невід'ємна частина тіньової економіки. Враховуючи потенціал вітчизняної хіміко-фармацевтичної та хімічної промисловості, слід зазначити, що наразі існує загроза виникнення в Україні нових видів аналогів психотропних речовин, яких не внесено до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Наркотизація населення негативно впливає на криміногенну ситуацію в країні (табл. 2.10.2).

Таблиця 2.10.2

Вплив наркотизації населення на кримінальну ситуацію в Україні

Злочинність	Рік		
	2007	2008	2009
Кількість зареєстрованих злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків (тис.)	63,8	63,7	57,6
% від загальної кількості злочинів	15,9	16,6	13,3
з них тяжких та особливо тяжких	21 712	21 395	20 310

Привертає увагу, що здебільшого справи щодо злочинів у сфері обігу наркотичних засобів порушуються за ст. 309 КК «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту». За цією статтею було порушено майже 35,6 тис. справ у 2008 р. та 31,9 тис. у 2009 р., виявлено 43 тис. і 39,7 тис. осіб відповідно, що скоїли наркозлочини. Тобто 80% осіб скоюють злочини, що пов'язані з наркотиками, тільки тому, що купили для себе наркотичні засоби, які їм необхідні у зв'язку зі станом здоров'я. Це свідчить, що в Україні занадто застосовуються у чинному законодавстві елементи політики криміналізації наркотичної сфери. Водночас, на відміну від нашого репресивного законодавства щодо осіб з проблемами, пов'язаними з наркотиками, у більшості розвинених країн застосовуються елементи політики декриміналізації наркотиків.

Наслідки вживання наркотиків вкрай різноманітні – від соціальних, економічних, демографічних, психосоціальних до медичних. За розрахунками ВООЗ, в Україні 3,0% від загального тягаря хвороб припадає на незаконне споживання наркотичних засобів.

Реальні масштаби наркотизації населення країни до цього часу, як і в попередні роки, залишаються невідомими. За даними ЦМС, у 2007–2009 рр. поширеність розладів психіки та поведінки серед споживачів наркотичних речовин склала 81,2 тис. осіб (174,7/100 тис.), 80,1 тис. (176,1/100 тис.) та 78,9 тис. (171,7) осіб відповідно, а захворюваність – 5,2 тис. (11,4/ 100 тис.), 5,5 тис. (12/100 тис.) і 5,9 тис. (12,8/100 тис.) відповідно. За даними МВС України, станом на 31.12.2009 р. на профілактичних обліках дільничних інспекторів міліції перебувало 158,6 тис. наркоманів (174,1 тис. у 2008 р.), додатково на облік у 2009 р. було поставлено 26,2 тис. наркоманів (29,9 тис. у 2008 р.). За експертними оцінками, загальна кількість осіб з наркотичною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів більша, ніж офіційно зареєстрована.

Незважаючи на те, що в країні досить активно здійснюється заходи з недопущення поширення наркотиків, вони залишаються загалом доступними для споживачів. Сьогодні в Україні місцями для торгівлі наркотиками стали вулиці, базари, навчальні заклади, місця відпочинку молоді (пляжі, парки, дискотеки) тощо (табл.2.10.3). Розвиток комунікаційних технологій робить їх ще доступнішими – наркотики вже можна замовляти по Інтернету, по мобільному телефону, використовувати безконтактну передачу та оплату тощо.

Таблиця 2.10.3

Результати профілактичних рейдів навчальних закладів у 2007–2009 рр.*

Результат профілактичних рейдів	Місця виявлення обігу наркозасобів		
	2007 р.	2008 р.	2009 р.
Кількість охоплених закладів	15,7 тис.	17,7 тис.	17,7 тис.
Кількість виявлених фактів незаконного обігу наркотиків	830	980	920

Примітка: * – дані МВС України

Під час проведення профілактичних рейдів у 2009 р. було виявлено 17,7 тис. точок розповсюдження наркотиків у навчальних закладах, з них 15,7 тис. шкіл, 1,5 тис. ПТУ та технікумів, 541 ВНЗ. У стані наркотичного сп'яніння було затримано 574 неповнолітніх, у т.ч. 142 школярі, учні ліцеїв та гімназій, 191 учень ПТУ та технікумів, 48 студентів ВНЗ. У навчальних закладах вилучено понад 21 кг наркотичних засобів, зокрема 12,6 кг у загальноосвітніх школах, 4,3 кг та 3,7 кг в технікумах і ПТУ відповідно. Тільки у 2009 р. за 920 виявленими фактами незаконного обігу наркотиків, до яких були причетні учні та студенти, було порушено 726 кримінальних справ, зокрема 228 – за збут наркотиків (в т.ч. 21 справа порушено відносно групи осіб), 403 – за зберігання, 58 – за схиляння до вживання наркотиків, 35 – за організацію місць для вживання та виготовлення наркотиків.

Спектр наркотичних речовин безперервно розширюється, насамперед за рахунок психостимуляторів (амфетамінів, кофеїну, дімедролу тощо). Передусім це стосується стимуляторів (амфетамінів), які у нас, як і в європейських країнах, починають витісняти опіоїди. Слід зазначити, що постійно збільшується частка синтетичних наркотиків та стимуляторів. Швидкими темпами поширюється комбіноване вживання наркотиків та

психотропних речовин. За деякими даними, до 40% СІН практикують вживання опіоїдів з дімедролом, амфетаминами, сонованом, трамадолом тощо. Найбільш популярними наркотичними засобами, як і в попередні роки, залишаються опіоїди кустарного виробництва та канабіноїди (табл. 2.10.4).

Таблиця 2.10.4

Спектр уживаних наркотиків серед осіб взятих під нагляд з уперше встановленим діагнозом (диспансерна група), %

Наркотик	Рік		
	2007	2008	2009
Опіоїди	61,8	55,7	59,0
Канабіноїди	13,2	13,3	12,1
Кокаїн	–	0,07	0,18
Галюциногени	0,15	0,28	0,08
Полінаркотизм	24,8	27,6	25,7

Якщо вживання кокаїну та галюциногенів загалом непоширене, то поступове зменшення споживання опіоїдів – позитивна тенденція. Викликає занепокоєння значний рівень споживання канабіноїдів: по-перше, не менше 50% хворих на опіоманію розпочинали вживання наркотиків саме із канабіноїдів, по-друге, куріння марихуани в 4 рази швидше призводить до раку легенів, ніж куріння тютюну.

Слід також зазначити, що, незважаючи на експансію «важких» наркотиків, в Україні надається перевага виготовленню з місцевої сировини кустарним способом препаратів з маку та коноплі. Хоча вирощування цих нарковмісних рослин заборонено чинним законодавством. За період 1991–2006 рр. було вилучено майже 329 т макової соломки та понад 465 т марихуани.

Шляхи вживання наркотиків в Україні такі: через рот, вдихання та введення ін'єкційним шляхом. Переважне вживання опіоїдів серед наркоспоживачів в Україні визначає домінуючий шлях введення наркотиків – парентеральний, що сприяє поширенню ВІЛ-інфекції серед СІН. Незважаючи на те, що питома вага СІН серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфікування в Україні останніми роками зменшується, вона залишається ще дуже значною (табл. 2.10.5).

Таблиця 2.10.5

Характеристика споживачів ін'єкційних наркотиків серед загальної кількості нових випадків ВІЛ в Україні

Показник	Рік					
	1987–1994	2005	2006	2007	2008	2009
Зареєстровано нових випадків ВІЛ (тис.)	0,183	13,8	16,1	17,7	19,0	19,4
з них споживачів ін'єкційних наркотиків	0,003	6,3	7,1	7,1	7,0	7,1
% від загального числа	1,6	45,7	44,1	40,1	37,0	35,8

Хоча простежується чітка тенденція щодо зменшення частки СІН серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, однак серед них не спостерігається припинення цієї епідемії. Інфікуванню СІН, сприяє те, що серед них, насамперед серед молодих людей, 49,0% досі користуються послугами різних продавців

наркотиків, 36,0% мають постійного продавця і лише 26,0% з них готують розчин самі. Високу поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН підтверджують результати сероепідеміологічного нагляду. Якщо серед осіб, у яких виявлені ПСШ (майже 54,6 тис.) або мали чисельні незахищені сексуальні контакти (майже 39,3 тис.), ВІЛ-інфіковані склали 1,51% і 1,96% відповідно, то серед СІН (обстежено понад 34,7 тис. осіб) цей показник сягав 13,34%.

Успішному протистоянню епідемії наркоманії в країні перешкоджає упереджене ставлення населення до осіб, які мають проблеми з наркотичними препаратами. Формуванню дискримінаційного ставлення до таких осіб у нашому суспільстві сприяла, наприклад, викривлена інформація про те, що СНІД – це хвороба майже виключно повій, гомосексуалістів та наркоманів, іншими словами «покидьків суспільства». Незважаючи на те, що у світі давно доведена безпідставність цього твердження, стигматизація цих груп населення залишилася, і на практиці часто призводить до їх дискримінації. Через свою хворобу наркомани, наприклад, нерідко зазнають стигматизацію на ґрунті лише підозри до вживання ін'єкційних наркотиків. У рамках реалізації Проекту ПОЛІСІ в Україні було встановлено, що 21 із 40 жінок зазначили, що їх підозрювали у вживанні наркотиків (насправді лише 12 з них у минулому вживали ін'єкційні наркотики), а 27 з 34 респонденток свідчили, що головною причиною неналежного ставлення до них з боку медичного персоналу були як позитивний статус (14 осіб), так і підозри до споживання наркотиків (5 осіб), або з обох причин (8 жінок).

З квітня 2004 р. в Україні почалося впровадження пілотних проектів ЗПТ для СІН з опіоїдною залежністю. Вона застосовується в Європі (400 тис. осіб регулярно отримують метадон у рамках ЗПТ), США (майже 200 тис.), Австралії (20 тис.) тощо. ЗПТ потребує менших коштів порівняно з іншими методами лікування: використання метадону дає змогу значно поліпшити стан пацієнта при витратах, що у 7–8 разів менші проти лікування у реабілітаційному центрі (адже вартість метадону на річний курс лікування пацієнта становить 60–80 дол.). ЗПТ зменшує кримінальну активність СІН. Після року спостереження у США, Швеції та Гонконгу з'ясувалося, що СІН, які не лікувалися, у 97 разів частіше вживали героїн і в 53 рази частіше потрапляли до в'язниці, аніж ті, які лікувалися за програмою ЗПТ. Тому вважається, що без цієї програми стабілізувати ситуацію з ВІЛ/СНІД майже неможливо. Позитивні та негативні моменти впровадження цього проекту наведено у таблиці 2.10.6.

Незважаючи на те, що ЗПТ в Україні легалізована (входить до стандартів надання наркологічної допомоги), ставлення до неї у суспільстві неоднозначне. Це, ймовірно, пояснюється тим, що ЗПТ розглядають як складову політики лібералізації наркотиків, а не зменшення шкоди від наркотиків. Слід зазначити, що в Україні спостерігається, хоча й незначний, прогрес у її запровадженні. Якщо у 2005 р. ЗПТ отримували лише 160 чол., то станом на 31.12.2007 р. вже було залучено до неї 570 осіб (отримували бубренорфін), а на 31.12.2009 р. у 102 медичних закладах в 26 регіонах проводилося лікування вже 5078 чол. (бубренорфіном чи метадоном). Слід зазначити, що з 5078 СІН 2219 осіб (майже 44%) мали ВІЛ-позитивний статус, з них 538 чол. проводилася АРТ.

Таблиця 2.10.6

Позитивні та негативні боки замісної терапії (метадонової програми)

Позитивний бік замісної терапії	Негативний бік замісної терапії
1. Значно зменшує ризик інфікування ВІЛ-інфекцією, гепатитами В та С, ЗПСШ, зокрема сифілісом	1. Придатна тільки для споживачів опіатів
2. Сприяє соціальній реабілітації СІН (можуть працювати, вчитися)	2. Може сприяти деякому поширенню наркоманії
3. Дозволяє обмежити нелегальний ринок збуту сильнодіючих наркотиків, тобто сприяє боротьбі з наркобізнесом	3. Може викликати побічні ефекти: головний біль, пітливість, безсоння, закріп тощо
4. Зменшує кримінальну активність СІН (метадон значно дешевший, ніж героїн) після року ЗПТ майже удвічі	4. Не виліковує наркоманію, залежність від опіатоподібних препаратів зберігається на невизначений термін
5. Дозволяє вивести СІН з-під впливу наркобізнесу та поставити їх під контроль держави	5. Не гарантує від рецидивів після завершення програми
6. Вагітним жінкам – СІН дає можливість зменшити дозу опіатів або навіть повністю відмовитися від них, тим самим зняти вплив наркотиків на плід (тобто попереджає розвиток наркоманійного синдрому плода)	6. Має протипоказання: захворювання легень, травми головного мозку в анамнезі тощо
	7. Не гарантує, що СІН не будуть одночасно вживати інші наркотики
7. Значна економічна ефективність, що робить її доступною для більшості СІН	8. Недоцільно використовувати для споживачів з невеликим стажем наркотизації
	9. Для отримання ефекту потрібний досить тривалий час

З метою удосконалення підготовки медичних фахівців з питань медичної і соціальної профілактики наркотичної залежності у 2009 р. були внесені зміни до навчальних програм з наркології у ВМНЗ. Наказами МОЗ № 749 від 19.10.2009 р. «Про затвердження та введення навчальної підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» у ВНЗ IV рівня акредитації за спеціальностями «лікувальна справа», «педіатрія», «медико-профілактична справа» та від 19.10.2009 р. № 750 «Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар-психолог» у ВНЗ IV рівня акредитації за спеціальністю «медична психологія» введено вивчення курсу «Основи профілактики тютюнопаління», алкоголізму, токсикоманії та наркоманії» (4-й рік навчання, 1,5 кредити, обсягом 45 год.).

Вирішення проблем наркоманії гальмує недостатнє фінансування «Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки». ВООЗ у своєму документі «Основи політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті» поставило завдання до 2015 р. у країнах Європейського регіону зменшити на 25,0% нелегальне споживання наркотичних препаратів, та не менше ніж на 50,0% пов'язану з ними смертність (завдання 12). Ще більш жорстке завдання було поставлено Спеціальною сесією ООН 1998 р.: формально знизити споживання наркотиків на 50%.

Висновки

У вирішенні проблеми наркоманії, як і раніше, акцент робиться на силові методи. Законодавство у сфері незаконного обігу наркотичних засобів ще й досі будується на стратегії політики криміналізації наркотиків, що змушує осіб з наркотичними проблемами ухилятися від звертання по медичну допомогу. Нетолерантність частини суспільства до споживачів наркотиків призводить до їх дискримінації та заважає протистояти наркоманії. Доступність до наркотиків останнім часом збільшується. У впровадженні ЗПТ спостерігається певний прогрес. Загалом завдання ВООЗ щодо зменшення споживання наркотичних речовин Україною не виконується.

2.11. Особливості епідемічної ситуації що захворюваності на грип у 2009 р.

Грип та ГРЗ посідають перше місце за частотою і кількістю випадків у світі і складають 95% усіх інфекційних захворювань. За даними ВООЗ, у світі щорічно хворіють на ГРІ до 500 млн людей, 2 млн з яких помирають.

На грип хворіють люди різного віку в усіх країнах, під час епідемії рівень госпіталізації зростає у 2–5 разів. Високу смертність обумовлюють віруси типу А (H3N2) та А (H1N1). За даними ВООЗ, показники смертності від грипу у світі складають 0,01–0,2%, а середні щорічні втрати у масштабах різних країн сягають десятків тисяч осіб. Смертність серед осіб віком 5–19 років складає 0,9 на 100 тис., старше 65 років – 103,5 на 100 тис. осіб.

Характерною рисою епідемічної ситуації 2009 р. в Україні є одночасна циркуляція сезонного та нового пандемічного штаму вірусу грипу, інтенсивність епідемічного підйому, яка є найвищою за останні кілька років. Якщо у минулі кілька сезонів перевищення епідемічних порогів фіксувалося в окремі одиничні тижні лише в деяких регіонах, то у нинішньому сезоні епідемічні пороги з тією чи іншою інтенсивністю та тривалістю перевищувалися в усіх областях, АР Крим, м. Києві та Севастополі.

Ще однією особливістю стали безпрецедентно жорсткі обмежувальні заходи, які були застосовані на державному рівні з огляду на клінічну картину перебігу захворювань, відсутність популяційного імунітету до нового штаму збудника захворювання. Заходи галузі щодо подолання епідемії отримали відповідну підтримку в Уряді, здобули позитивну оцінку міжнародних медичних організацій і знайшли цілковите розуміння в суспільстві.

Для оцінки епідемічної ситуації та прийняття управлінських рішень щодо введення адекватних запобіжних протиепідемічних заходів в Україні понад 30 років функціонує система епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними інфекціями. У ній задіяні:

- місцеві медичні заклади (АПЗ, стаціонари, ФАП, ДЛ);
- районні, міські СЕС;
- регіональні органи охорони здоров'я;
- обласні СЕС;
- СЕС АР Крим;
- Український центр грипу та ГРВІ;
- Центральна СЕС МОЗ України.

На рівні центральних органів виконавчої влади цю роботу координують МОЗ та МНС України.

У межах функціонування діючої системи епідеміологічного нагляду моніторинг захворюваності населення на грип та ГРВІ здійснюється у 10 контрольних містах країни (Вінниця, Дніпропетровськ, Донецьк, Запоріжжя, Київ, Львів, Одеса, Сімферополь, Харків, Чернігів), що розташовані в різних регіонах і віддзеркалюють епідемічну ситуацію в цілому по країні.

Загалом станом на 03.02.2010 р. з початку епідемічного підйому в Україні зареєстровано 4,6 млн випадків захворювань на грип та ГРІ, померло 1056 осіб.

За рекомендаціями ВООЗ, відібрано зразки для дослідження у 3575 осіб, завершені дослідження зразків від 1564 осіб, з них від померлих – 616. Лабораторно підтверджено 689 випадків пандемічного грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09, з них у померлих – 297. Разом з тим, у хворих діагностувалися також збудники сезонного грипу і гострих респіраторних інфекцій іншої вірусної природи.

Аналіз розвитку епідемічного процесу показує, що епідемічний підйом розпочався на 43 тижні 2009 р. переважно у західних областях України.

На 44 тижні захворюваність перевищила епідемічні пороги у 9 областях західного регіону та м. Києві. Рішенням Державної надзвичайної протиепідемічної комісії від 31.10.2009 р. у цих регіонах було введено посилені протиепідемічні заходи, на всій території України припинено роботу навчальних та дитячих дошкільних закладів.

Основна маса захворілих припадає на 45 тиждень 2009 р. – 606 849 осіб. Пік розвитку епідемічного процесу припав на період з 04.11.09 по 06.11.2009 р., коли було зареєстровано відповідно 127 254, 112 534 та 101 317 хворих.

На 45 тижні рівень захворюваності перевищував епідемічні пороги в усіх регіонах України, за винятком АР Крим (крім м. Сімферополь), Херсонської, Харківської, Одеської області та м. Севастополь. Тенденція до стабілізації ситуації намітилася на 46 тиждень – у порівнянні з 45 тижнем кількість хворих зменшилася на 35%. На 47 тижні спад захворюваності продовжився, було зареєстровано 243 677 хворих, що на 38% менше, ніж за попередній тиждень. Захворюваність знизилася і не перевищувала епідемічних порогів майже на всіх адміністративних територіях України, крім м. Києва, окремих районів Закарпатської, Кіровоградської, Луганської, Львівської, Сумської, Хмельницької, Чернігівської областей. У Запорізькій, Херсонській областях та м. Севастополі епідемічну ситуацію взагалі можна було вважати відносно благополучною.

Рішенням Державної надзвичайної комісії від 20.11.2009 р. повноваження щодо введення обмежувальних заходів передані на регіональний рівень.

У східних регіонах країни (Донецька, Дніпропетровська, Луганська області) з 49 тижня 2009 р. відмічено зростання захворюваності, головним чином за рахунок дітей шкільного віку. Загальна кількість захворілих становила 245 228 осіб. Рівень захворюваності серед школярів у 2,2–2,7 разу перевищував показники попереднього (48) тижня. Рівень захворюваності дітей перевищив епідемічні пороги на 24–48%, а в окремих адміністративних територіях – у 3,5 разу.

На 50 тижні захворюваність продовжувала зростати, захворіло 359 943 особи, показник захворюваності становив 78,0 на 10 тис. населення. Перевищення епідемічних порогів відмічалася на 12 адміністративних територіях: в АР Крим, у Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Сумській та Черкаській областях.

З 51 тижня захворюваність перевищила епідемічні пороги на 20 адміністративних територіях, захворіло 498 307 осіб, показник захворюваності становив 121,6 на 10 тис. населення. Відносно благополучною залишалася ситуація у 5 західних областях – Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Хмельницькій та Чернівецькій.

Протягом 52 тижня захворіло 415 906 осіб, показник захворюваності зменшився до 79,9 на 10 тис. населення. Захворюваність перевищувала епідемічні пороги на 19 адміністративних територіях. Відносно благополучною залишалася ситуація у Закарпатській, Івано-Франківській, Миколаївській, Херсонській, Хмельницькій областях та м. Севастополь.

На 53 тижні 2009 р. захворюваність продовжувала знижуватись, захворіло 208 166 осіб, показник захворюваності на 10 тис. населення становив 62,1. Епідемічні пороги залишались перевищеними на 12 адміністративних територіях: АР Крим (крім м. Севастополя), Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Полтавська, Сумська, Черкаська, Чернігівська області.

Протягом 1 тижня 2010 р. перевищення епідемічних порогів реєструвалося на 5 адміністративних територіях: АР Крим (крім м. Севастополь), Дніпропетровській, Луганській, Полтавській, Сумській областях. Захворіло 173 832 особи, показник захворюваності на 10 тис. населення становив 45,0.

На 2 тижні захворіло 192 342 особи, епідемічні пороги були перевищені в АР Крим, Дніпропетровській, Луганській, Полтавській та Сумській областях. Захворюваність у Вінницькій, Запорізькій, Київській, Кіровоградській, Тернопільській, Хмельницькій областях та м. Києві наближалася до епідпорогових значень. Відносно благополучною залишалася ситуація на 14 адміністративних територіях та у м. Севастополі.

Незначне зростання захворюваності порівняно з попереднім тижнем відмічалось на 3 тижні 2010 р., захворіло 199 960 осіб. Захворюваність перевищувала епідемічні пороги на 4 адміністративних територіях – Дніпропетровська, Луганська, Полтавська та Сумська області. Наближення до епідемічних порогів відмічалось у АР Крим, Вінницькій, Кіровоградській та Тернопільській областях.

Протягом 4 тижня за медичною допомогою звернулося 204 550 осіб, з них майже 60% – діти, госпіталізовано майже 10 тис. осіб, з них понад 6 тис. – діти.

Станом на 03.02.2010 р. епідемічні пороги були перевищені у Дніпропетровській, Сумській, Одеській, Полтавській областях, показник захворюваності наближався до епідпорогових значень у Кіровоградській та Волинській областях. Таким чином, ситуація із захворюваністю стабілізувалася. Захворюваність у більшості регіонів в цілому не виходила за межі багаторічного середнього рівня захворюваності на цей період року.

У 10 контрольних містах на 4 тижні 2010 р. показники захворюваності на грип та ГРВІ знаходилися нижче епідемічного порогу. За минулий тиждень в 10 контрольних містах захворіло 56 459 осіб та було госпіталізовано 1454 особи. Показник захворюваності на 10 тис. населення становив 57,96. Статистичний показник захворюваності порівняно з попереднім тижнем підвищився на 4,35%, спостерігалось збільшення рівня захворюваності у Львові (7,64%), Дніпропетровську (8,39%), Запоріжжі (9,21%), Вінниці (0,6%), Києві (5,03%), Одесі (11,26%) та зниження у Донецьку (0,99%), Харкові (3,17%), Сімферополі (6,97%), Чернігові (8,93%).

Як у контрольних містах, так і в цілому по Україні, на 4 тижні спостерігалась стабілізація міжсезонної епідемічної ситуації стосовно загальної захворюваності на грип та ГРВІ. У зв'язку з температурними перепадами залишалися можливими коливання в рівнях захворюваності на грип та ГРВІ, як в окремих регіонах, так і в цілому по Україні.

У зв'язку з вчасним (а у деяких областях і завчасним) введенням позачергових канікул у навчальних закладах, епідемічний процес уповільнився і був зумовлений, зокрема в останній тиждень епідемії, переважно залученням дорослого населення (понад 70% захворілих належали до вікової групи 15 років і старше). Багаторічний досвід свідчить, що призупинення роботи навчальних закладів призводить до зменшення числа захворілих на піку епідемії на 30%.

Введення позачергових шкільних канікул у навчальних закладах знімає гостроту епідемічного підйому, але суттєво не впливає на його тривалість.

Крім того, під час 1-го підйому у деяких областях інтенсивність епідемічного процесу не досягла епідемічного порогу або тільки на короткий строк наблизилась до нього. У південних регіонах через особливі кліматичні умови традиційно показники захворюваності на грип значно нижчі порівняно із загальноукраїнськими (рис. 2.11.1). Під час першого підйому у цих регіонах захворюваність не перетнула епідемічного порогу.

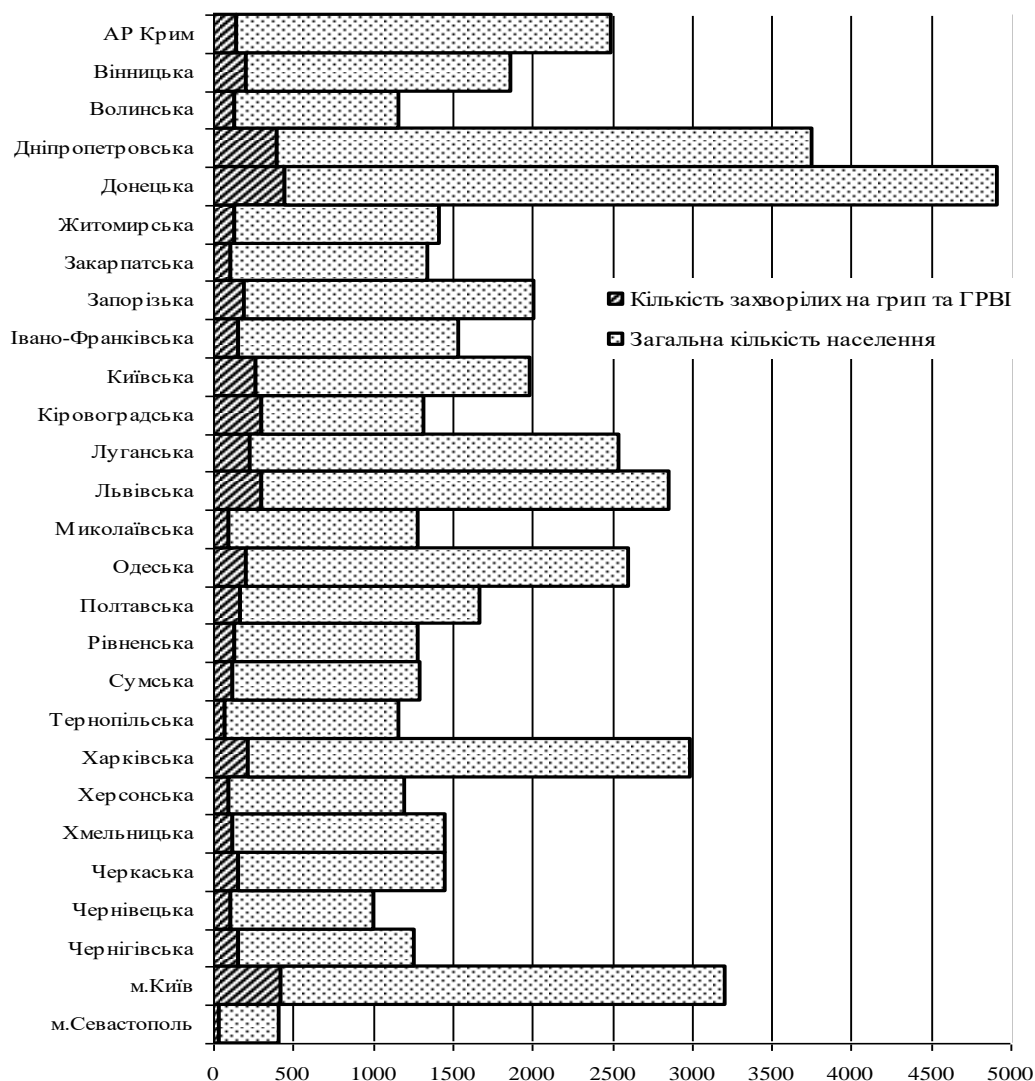


Рис. 2.11.1. Захворюваність на грип та ГРВІ в Україні у 2009 р., тис. осіб

Таким чином, основною особливістю цього річного епідемічного сезону є одночасна циркуляція сезонного та нового пандемічного вірусу грипу, інтенсивність епідемічного підйому є найвищою за останні кілька років. Якщо в минулі кілька сезонів перевищення епідемічних порогів фіксувалося в окремі одиничні тижні лише в деяких регіонах, то у цьому сезоні епідемічні пороги з тією чи іншою інтенсивністю та тривалістю перевищувалися в усіх областях, АР Крим, м. Києві та Севастополі. Ще однією особливістю епідемічної ситуації щодо грипу є відсутність популяційного імунітету до нового штаму збудника захворювання.

Аналіз епідемічної ситуації показав, що основні характеристики епідемічного процесу в Україні були схожими з іншими країнами світу та практично аналогічними з країнами Східної Європи.

За даними Європейського інституту по контролю за захворюваннями, у світі підтверджено 14 711 смертельних випадків пандемічного грипу. В країнах Європейського регіону зареєстровано 3606 підтверджених смертельних випадків.

Загальна кількість захворювань на грип та ГРВІ в Україні у 2009 р. виявилася найвищою за останні кілька років (рис. 2.11.2). Разом з тим кількість померлих від грипу, ГРВІ та їх ускладнень (пневмонії) не виходить за рамки, характерні для минулих років: у 2003 р. захворіло 8 962 675 осіб, померло від ускладнень 6107, а у 2009 р. захворіло 9 275 318, померло від ускладнень 5598.

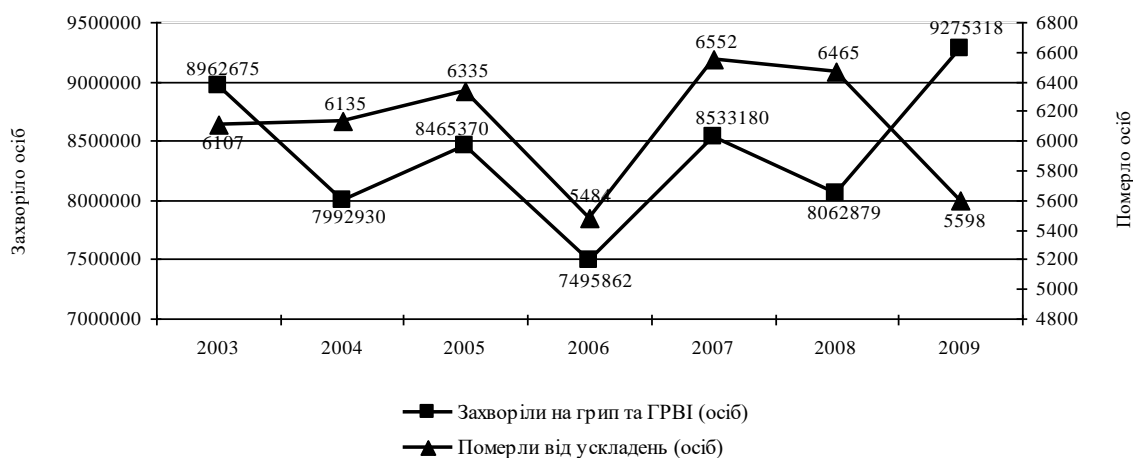


Рис. 2.11.2. Динаміка захворюваності на грип і ГРВІ та смертність від ускладнень в Україні за період 2003–2009 рр.

Аналіз летальних випадків за діагнозом «грип» свідчить, що серед померлих чоловіки становлять 46%, жінки – 54%. Основна вікова група – особи від 18 до 50 років (понад 80%). Діти складають 2%. Особи старше 65 років – 4%.

У 27% захворілих були супутні діагнози: ожиріння – 27%; хвороби системи кровообігу – 26%; хвороби органів дихання – 16%; цукровий діабет – 11%; вагітність – 4%; особи без супутньої патології – 14%.

Привертає увагу той факт, що вагітні жінки потребували госпіталізації у 5 разів частіше, ніж інші категорії населення. Крім того, показник летальності серед вагітних у 20 разів вищий, ніж серед інших категорій населення.

Таким чином, найбільший ризик щодо розвитку важких медичних ускладнень після захворювання на грип під час першої хвилі пандемії виявляється серед наступних груп населення: вагітні жінки (особливо у другому і третьому триместрах вагітності), діти молодшого віку (особливо до 2 років), особи з хронічними захворюваннями органів дихання, системи кровообігу, сечостатевої системи, ендокринні хвороби (діабет, ожиріння), з імунодефіцитними станами, хвороби нервової та кістково-м'язової систем.

Виходячи з цього аналізу, при плануванні щеплень проти пандемічного грипу слід включити до списку першочергового щеплення групи несприятливого медичного ризику тобто, осіб з хронічними захворюваннями серцево-судинної, дихальної систем, ендокринними хворобами та вагітних.

До цього часу найбільш дієвим та ефективним засобом профілактики інфекційних захворювань, зокрема грипу, є вакцинація. Використовуються 3 типи вакцин: живі (атенуйовані); інактивовані з ад'ювантами; інактивовані без ад'ювантів. Найбільш імуногенними є живі вакцини, які, водночас, мають найбільшу кількість протипоказань і можливих поствакцинальних ускладнень. Тому в Україні для профілактики грипу доцільно застосовувати інактивовані вакцини.

У групі інактивованих вакцин більш імуногенними є інактивовані вакцини з ад'ювантами, але вони не рекомендовані виробниками для вакцинації вагітних і дітей. Для цих груп ризику слід використовувати інактивовані протигрипозні вакцини (спліт або суб'єдиничні) без ад'ювантів. Таким чином, для вагітних і дітей від 6 місяців до 10 років доцільно застосовувати безад'ювантні інактивовані вакцини, а для усіх інших груп ризику – безад'ювантні або ад'ювантні інактивовані вакцини.

Всі вакцини використовуються згідно затвердженої в Україні інструкції для імунопрофілактики вищезазначеної інфекції. Для вакцинації проти пандемічного грипу пріоритетних груп ризику отримано попередні заявки з регіонів на 3 745 271 дозу вакцини, з них: вагітні жінки – 132 909 доз, діти старше 6 місяців з хронічними захворюваннями – 811 151. За уточненими даними, станом на 08.02.2010 р. потреба регіонів у вакцинах становить 2 035 023 дози.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та досвіду практичної роботи СЕС України, визначені наступні групи підвищеного ризику: працівники системи охорони здоров'я; вагітні жінки; особи, що доглядають за дітьми до 6 місяців; діти від 6 місяців; хворі на цукровий діабет; хворі на хронічний бронхіт; хворі на бронхіальну астму; студенти 5–6 курсів медичних університетів; працівники правоохоронних та силових структур; працівники комунальних структур (транспорт, енерго- та водопостачання тощо).

Слід зазначити, що щеплення осіб з числа працівників системи життєзабезпечення держави (медпрацівники та працівники правоохоронних структур, транспорту, об'єктів з особливим режимом функціонування) дозволить знизити рівень захворюваності на грип серед них та зберегти трудовий потенціал цих контингентів.

Щеплення осіб медичного ризику (батьки дітей до 6 місяців, вагітні, особи з хронічними захворюваннями, а також діти) дасть змогу знизити рівень захворюваності серед них, виникнення несприятливих наслідків захворювання, передусім летальності, що в свою чергу знизить навантаження на медичний персонал закладів охорони здоров'я упередить соціальну напругу у суспільстві.

За висновками членів робочої групи, в Україні для профілактики грипу слід використовувати інактивовані вакцини. За наявності необхідної кількості вакцин пропонується здійснювати вакцинацію груп здорових дорослих віком старше 18 років.

Слід зазначити, що галузь охорони здоров'я в цілому пододала першу хвилю сезонного та пандемічного грипу, про що свідчать результати діяльності медичної сфери, що знаходяться на рівні інших країн світу, які перенесли епідемію.

За даними експертів ВООЗ, порівняння випадків смерті від пандемічного та сезонного грипу має певні методологічні труднощі, оскільки при оцінці важкості пандемії іноді порівнюють кількість підтверджених випадків з аналогічними оціночними показниками щодо сезонного грипу на національному або глобальному рівнях. Такі порівняння не є достовірними з ряду причин і можуть вводити в оману.

Число випадків смерті від сезонного грипу є оціночним показником. Для його отримання використовуються статистичні моделі, призначені для розрахунку так званої «надлишкової смертності» у період широкої циркуляції вірусу в межах даної популяції.

Моделі і, відповідно, оцінки, що використовують показники смертності від усіх причин використовують дані, зареєстровані у свідоцтвах про смерть та медичній документації, які вказують на смертність від усіх причин, при цьому кількість випадків смерті під час епідемії порівнюється з базовими показниками смертності протягом всіх інших періодів цього року. При цьому робиться припущення, що інфікування вірусами грипу призводить до «надлишкової смертності», що спостерігається у сезон захворювання на грип.

Під час епідемій сезонного грипу може посилюватися тяжкість перебігу хронічних захворювань, що збільшує кількість летальних випадків. Тестування на віруси грипу у більшості випадків не проводиться, і смерть пов'язують з основним захворюванням. Методи оцінки надлишкової смертності були введені з метою збору даних про випадки смерті, пов'язані з грипом, які в іншому випадку не були б відображені. Такі оцінки сприяли прийняттю протилежних припущень про те, що грип є легким захворюванням, що рідко забирає життя.

На відміну від вищезазначеного, число випадків смерті від пандемічного грипу зареєстрованих національними органами, і табульованих ВООЗ, є лабораторно підтвердженими, а не оціночними даними. З ряду причин ці показники не дають істинної картини смертності під час пандемії, рівень якої безсумнівно вищий, ніж кількість лабораторно підтверджених випадків.

Оскільки ознаки і симптоми пандемічного грипу схожі з багатьма поширеними ГРВІ, лікарі часто не підозрюють про інфікування вірусом А/Н1N1 і не проводять необхідне тестування. Це особливо стосується країн, що розвиваються, де випадки смерті від респіраторних захворювань, включаючи пневмонію, є частим явищем. Крім того, планове тестування на вірус пандемічного грипу вимагає великих фінансових затрат та інших ресурсів, що виходить за рамки можливостей більшості країн.

Якщо результати тестування підтверджують наявність інфекції А/Н1N1 у хворих з іншими супутніми захворюваннями, багато лікарів реєструють випадки смерті як

викликані останніми, а не пандемічним грипом. Такі випадки також випадають з офіційної статистики.

Водночас недавно проведені дослідження показали, що деякі тести на вірус А/Н1N1 не являються цілком надійними, нерідкі випадки хибнопозитивних результатів. Достовірність результатів тестування залежить також від того, як і де були взяті проби. Навіть у стаціонарних закладах, що мають найкраще обладнання, лікарі повідомляють про наявність пацієнтів з виразними і практично ідентичними характеристиками захворювання, однак лише в деяких з них результати тестування виявляються позитивними.

Порівняння числа випадків смерті від пандемічного і сезонного грипу не дозволяє точно оцінювати рівень впливу також і з іншої причини. Порівняно із сезонним грипом вірус А/Н1N1 уражає осіб усіх категорій у більш молодій віковій категорії – вони частіше хворіють, вимагають госпіталізації та інтенсивного лікування і гинуть.

На сьогодні ВООЗ оцінює тяжкість пандемії А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 як помірну. Точні оцінки показників смертності, на думку експертів ВООЗ, стануть можливими після того, як пандемія досягне свого піка, і будуть ґрунтуватися на методах, аналогічних тим, що використовуються для розрахунку показників надлишкової смертності під час епідемій сезонного грипу.

Таким чином, особливістю епідемічної ситуації 2009 р. в Україні є одночасна циркуляція сезонного та нового пандемічного штаму вірусу грипу, інтенсивність епідемічного підйому, яка є найвищою, починаючи з 2003 р. Водночас слід зазначити, що показник смертності серед захворілих є найнижчим за цей період спостереження. Жорсткі обмежувальні заходи, які були застосовані на державному рівні, з огляду на інтенсивність розвитку епідемічного процесу та відсутність популяційного імунітету до нового штаму збудника захворювання, здобули позитивну оцінку міжнародних медичних організацій і знайшли цілковите розуміння в суспільстві.

2.12. Гендерні особливості здоров'я населення в Україні

2.12.1. Гендерний підхід в охороні здоров'я населення

Кінець ХХ ст. і початок ХХІ ст. характеризується переосмисленням рішення проблеми рівності жінок і чоловіків. На даному етапі у національній свідомості українців концепція поліпшення становища жінок починає затверджуватися як нова концепція гендерного розвитку, прогресу і справедливості. Вона спрямована на подолання гендерної нерівності у всіх сферах суспільного розвитку, на ліквідацію усіх форм дискримінації за статтю, на впровадження гендерного підходу у систему державного і громадського життя.

Проголосивши себе демократичною, правовою та соціальною державою, Україна зобов'язана дотримуватися вимог міжнародного співтовариства щодо рівноправності громадян, у тому числі і за статевою ознакою. Розв'язання гендерних проблем потребує концептуального визначення, формування та реалізації гендерної політики як основи гендерної культури та розвитку соціально-економічної активності жінок і чоловіків.

Гендерна концепція суспільного розвитку передбачає державний погляд на життя з позиції обох статей як рівних, подолання усіх форм історичної несправедливості та оцінки результатів діяльності як чоловіків, так і жінок.

Забезпечення рівності між жінками і чоловіками є однією з важливих передумов досягнення стабільності в українському суспільстві, що ґрунтується на принципах демократії. Це визначено потребами міжнародного і національного розвитку України як частини європейського співтовариства і як незалежної самостійної держави.

Формування гендерної культури в суспільстві, дотримання засад гендерної рівності у приватній і публічних сферах, запобігання гендерній дискримінації в різних її формах – це складні завдання, які тісно пов'язані з перебігом процесів демократизації, дотриманням прав і свобод людини, інституціоналізації правового суспільства в контексті глобалізації, інформатизації світу. За умов європейського вибору України, необхідність осмислення та впровадження міжнародного досвіду у цій сфері, формування та реалізації гендерного підходу набуває особливого значення.

Організація Об'єднаних Націй визначає гендерний підхід як «процес оцінки виникаючих для жінок і чоловіків наслідків будь-яких запланованих заходів, включаючи законодавство, політику або програми, у всіх областях і на всіх рівнях. Мова йде про стратегію, завдяки якій проблеми, що встають перед жінками й чоловіками, і накопичений ними досвід повинні стати одним з невід'ємних вимірів у процесі розробки, здійснення, контролю й оцінки політики й програм у всіх сферах політичного, економічного й суспільного життя для того, щоб і чоловіки й жінки рівною мірою користувалися плодами таких зусиль і для нерівності не залишалось місця».

Впровадження гендерного підходу – це не тільки питання соціальної справедливості, але й необхідна умова для забезпечення слухного й сталого розвитку людини. Довгостроковими наслідками впровадження гендерного підходу стане досягнення більш стійкого людського розвитку для всіх.

Підписавши у 2000 р. разом із 189 країнами-членами ООН Декларацію Тисячоліття, Україна стала на етап активних гендерних перетворень, осмислення нових стратегій соціального розвитку, практичного урахування критеріїв Цілей розвитку тисячоліття, прийняття законодавчих актів, які регулюють різні види суспільних відносин щодо запровадження стандартів рівності прав і свобод жінки та чоловіка.

З метою виконання взятих на себе зобов'язань щодо забезпечення гендерної рівності у відносинах між жінками та чоловіками у всіх сферах суспільного життя в Україні прийнято низку нормативно-правових документів: Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей для жінок та чоловіків» (2005 р.), Указ Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» (2005 р.), Державну програму з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 р., затверджену постановою КМУ у 2006 р. Ці документи мали прогресивне концептуальне і практичне значення для України, оскільки юридично забезпечували визнання гендерної політики як необхідної складової державної політики. Слід зазначити, що нормативно-правові документи не зводять рівність лише до юридичного змісту, а підводять до розуміння рівності соціального статусу й участі жінок і

чоловіків у всіх областях громадського життя. У цьому підході закладене подолання елемента ієрархічності, відповідно до якого історично чоловіки розглядалися як істоти вищі, а їхня діяльність та її результати – як більш значимі, ніж у жінок. Вперше в законодавстві країни справедливо виділене застосування позитивних дій як самостійний напрямок державної політики, спрямованої на усунення дисбалансу між можливостями жінок і чоловіків у реалізації рівних прав, наданих їм Конституцією і законами України, у тому числі і стосовно охорони здоров'я.

Гендерні відносини в охороні здоров'я не зводяться до суто медичних проблем жінок і чоловіків чи до особливих інтересів обох статей у наданні медичних послуг. Перехід до ринку спровокував ріст гендерної нерівності в суспільстві, що відбилося й на сфері охорони здоров'я. Стан здоров'я і чоловіків, і жінок помітно погіршився, система охорони здоров'я переживає важку кризу. В умовах агресивної комерціалізації соціальної сфери дискримінаційний характер сфери охорони здоров'я незмірно посилюється. Спроби держави політичними, економічними й організаційними заходами подолати проблеми суспільного здоров'я всі частіше залишаються неефективними.

Всесвітня організація охорони здоров'я, ґрунтуючись на рішеннях, зафіксованих у Програмі дій Четвертої Міжнародної конференції жінок (Пекін, 1995), активно поширює методологію інтеграції комплексного гендерного здоров'я в політику охорони здоров'я, що включає розгляд усієї сукупності соціально-економічних факторів, які забезпечують рівність прав громадян на охорону здоров'я.

Гендерний аналіз здоров'я і політики у сфері охорони здоров'я покликаний ідентифікувати різні потреби жінок і чоловіків в охороні здоров'я, а також визначити способи задоволення цих потреб на основі принципів соціальної справедливості і відсутності дискримінації за ознаками статі. В останньому випадку акцент робиться на рівності можливостей жінок і чоловіків у сфері охорони здоров'я, а не на рівність результатів.

Наразі не існує загальноприйнятої моделі виміру гендерної нерівності в сфері охорони здоров'я. Більшість запропонованих міжнародними організаціями моделей виміру гендерної нерівності в охороні здоров'я пристосовані для виміру прогресу в реалізації глобальних програм дій і перспективних планів, прийнятих на конференціях ООН із проблем соціального розвитку, народонаселення і розвитку, а також Четвертої Міжнародної конференції у справах жінок 1995 р. Ці моделі також дозволяють фіксувати дотримання країнами положень міжнародного права, таких як Конвенція про ліквідацію усіх форм дискримінації у відношенні жінок, антидискримінаційні конвенції МОП, Міжнародні пакти про права людини, Соціальна хартія й ін. Для стратегічних цілей політики гендерного розвитку України ці показники є необхідними, але недостатніми. Аналіз гендерної статистики в сфері охорони здоров'я доцільно проводити із залученням великого кола первинних даних з офіційних джерел, оскільки вони дозволяють найбільш вірогідно відображати тренди і закономірності динаміки гендерних відносин. Діюча в Україні система статистичного обліку гендерних показників здоров'я і медичних послуг є достатньо репрезентативна, хоча і має потребу в подальшому розвитку.

Точкою відліку в аналізі індикаторів гендерної нерівності у сфері охорони здоров'я є Система соціальних показників здоров'я ООН:

- очікувана тривалість життя у віці 1 року, 20 років, 40 років, 60 років;
- очікувана тривалість життя в стані нездоров'я у віці 1 року, 20 років, 40 років, 60 років;
- частка осіб, що перебувають у стані нездоров'я (%);
- фізична доступність медобслуговування (середній термін одержання швидкої медичної допомоги);
- економічна доступність медобслуговування – сімейний дохід (чисті витрати на страхову охорону здоров'я на одну родину, повна вартість послуг охорони здоров'я, одержуваних однією родиною).

Для виміру гендерної рівності у системі забезпечення рівних прав жінок і чоловіків на охорону здоров'я доцільно використовувати модель, що складається з п'яти блоків:

1. Гендерні виміри захворюваності і здоров'я.
 - 1.1. Об'єктивні показники захворюваності і здоров'я в гендерному вимірі.
 - 1.2. Гендерний вимір суб'єктивних оцінок захворюваності і здоров'я.
2. Гендерний вимір інституціональної забезпеченості прав на охорону здоров'я закладами охорони здоров'я.
 - 2.1. Гендерні показники суми державних і особистих витрат громадян на медичне обслуговування.
 - 2.2. Гендерні показники забезпеченості населення стаціонарною та амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою.
 - 2.3. Гендерні показники звернень населення в заклади охорони здоров'я.
3. Гендерний вимір задоволеності потреб населення в послугах охорони здоров'я.
 - 3.1. Доступність медичного обслуговування для чоловіків і жінок.
4. Репродуктивне здоров'я жінок і чоловіків.
 - 4.1. Реалізація права на штучне переривання вагітності.
 - 4.2. Доступність послуг планування родини для чоловіків і жінок.
5. Соціокультурні фактори, що впливають на здоров'я жінок, дівчат і дітей (сексуальне і домашнє насильство)

У сукупності ці п'ять блоків відповідають цілям гендерного аналізу політики у сфері охорони здоров'я за ідентифікацією й аналізом існуючої гендерної нерівності, що впливає з відносин між особами різних статей. Гендерна нерівність розглядається як фактор ризику у відношенні здоров'я, а також у зв'язку з обумовленими статевою належністю можливостями доступу до ресурсів охорони здоров'я і контролю, включаючи процес прийняття рішень.

2.12.2. Гендерні відмінності в показниках демографії

Питання гендерної рівності, справедливості та повноважень жінок набувають все більшого визнання, як такі, що мають першочергове значення для процесу сталого розвитку. Гендерні питання не обмежуються визначенням певних проблем, а розглядаються як основні принципи у розробці відповідного політичного курсу, плануванні та виборі стратегічних напрямів. Вклад жінок та чоловіків у суспільний

розвиток, їх партнерство та рівна участь, різні потреби та наявність різного доступу до ресурсів виступають головними складовими міжнародних програмних документів щодо розробок стратегій.

Україна приєдналася до Декларації та Платформи Дій, що розроблені на Четвертій Всесвітній конференції у Пекіні у 1995 р. Важливими з точки зору розвитку гендерної статистики статтями Платформи Дій є наступні:

206. Національним, регіональним та міжнародним статистичним службам, відповідним урядовим структурам та організаціям під егідою ООН у співпраці з науково-дослідними відомствами виходячи із своїх повноважень:

а) «забезпечити збір, розробку, аналіз та презентацію статистичних даних по окремих індивідах з розподілом за статтю, віком з відображенням проблем і питань, що пов'язані із становищем жінок і чоловіків у суспільстві»;

б) «забезпечити збір, розробку та презентацію статистичних даних на постійній основі дезагрегованих за віком та статтю соціально-економічних та інших показників, включаючи число утриманців для використання при розробці політики, планування та реалізації програм».

207. Дії, що необхідно здійснити Урядам:

а) «забезпечити підготовку статистичних публікацій на постійній основі, що містять дані про жінок та чоловіків у формі, зручній для широкого використання спеціалістами гуманітарного профілю»;

б) «забезпечити постійний розгляд на національному рівні розробниками та користувачами питань адекватності офіційної статистичної системи для відображення гендерних питань та підготувати план заходів щодо її покращання».

Отже, для планування, моніторингу та оцінки державної гендерної політики важливою складовою став розвиток гендерної статистики.

Процес ідентифікації гендеру та гендерної доцільності – це складний процес. Він потребує розуміння того, коли врахування гендеру доцільне, і які сфери життєдіяльності можуть мати показники, на які значно впливають гендерні відмінності. Необхідно розуміти нагальні політичні проблеми. Розроблення гендерної статистики також потребує усвідомлення концептуальних засад і методів, що використовуються в офіційній статистиці. Певні засади і методи, що традиційно застосовуються в офіційній статистиці, необ'єктивні по відношенню до жінок чи чоловіків, а отже, і до їхньої діяльності.

Гендерна статистика показала соціально-демографічні особливості таких специфічних груп, як жінки та чоловіки. Вона однаково пов'язана і з тими, і з іншими та демонструє реальне положення жінок і чоловіків у суспільстві. Саме на основі розповсюдження гендерних видань з'явилася можливість розробки рекомендацій стосовно взаємодії між виробниками та користувачами. Постійне співробітництво між виробниками та користувачами дозволяє підвищити рівень надійності та адекватності системи державної статистики та охоплення гендерних питань. Проведення спільних робочих зустрічей та семінарів з користувачами та виробниками стало головним шляхом для підвищення обізнаності про проблеми, що існують на регіональному та національному рівнях, а також про виробництво гендерної статистики. Така діяльність посилює

розуміння активної ролі користувачів та виробників статистики в побудові їх тісного та постійного співробітництва.

В Україні чисельність жіночого населення на 31.12.2009 р. становить 24 млн 894 тис. і превалює над кількістю чоловічого (21 млн 297 тис.) на 16,9% (табл. 2.12.1).

Таблиця 2.12.1

Динаміка чисельності населення України за гендерною ознакою (2005–2009 рр.)

Рік	Чисельність	
	чоловіків	жінок
2005	21 753 993	25 346 469
2006	21 574 667	25 174 503
2007	21 434 680	25 031 011
2008	21 297 678	24 894 631
2009	21 184 932	24 778 427

На 1000 чоловіків припадає 1170 жінок (31.12.2009 р.), що в порівнянні з 2005 р. (1165) має тенденцію до збільшення (табл. 2.12.2).

Таблиця 2.12.2

Співвідношення чоловіків та жінок в Україні (2005–2009 рр.)

Рік	На 1000 чоловіків припадає жінок
2005	1165
2006	1167
2007	1168
2008	1167
2009	1170

Середній вік населення визначається як середня арифметична зважена через ділення загального числа людино-років (сума добутків значень віку, збільшеного на 0,5, на кількість населення у цьому віці) на загальну кількість населення – і складав на початок 2009 р. 42,5 року у жінок, 37,3 року – у чоловіків, збільшившись в порівнянні з 2005 р. на 0,7 та 0,5 року відповідно (табл. 2.12.3).

Смертність чоловіків перевищує смертність жінок майже на чверть і складала в 2005 р. 1853,2 на 100 тис. відповідного населення проти 1494,1 – у жінок. В 2009 р. ця різниця трохи скоротилася при незначному зменшенні рівня смертності, як у чоловіків, так і у жінок (табл. 2.12.4).

Таблиця 2.12.3

Середній вік чоловіків та жінок в Україні (2005–2009 рр.)

Рік	Чоловіки	Жінки
2005	36,8	41,8
2006	37,0	42,0
2007	37,1	42,2
2008	37,2	42,3
2009	37,3	42,5

Таблиця 2.12.4

Гендерні відмінності за основними причинами смерті

Причина смерті	Чоловіки	Жінки	Чоловіки у % до жінок
<i>Хвороби системи кровообігу</i>			
2005	999,6	1070,3	93,4
2006	983,6	1065,3	92,3
2007	998,1	1063,6	93,8
<i>Новоутворення</i>			
2005	237,7	158,3	150,1
2006	234,4	157,7	148,6
2007	233,5	159,3	146,6
<i>Зовнішні дії</i>			
2005	253,2	58,5	432,8
2006	235,0	54,7	429,6
2007	245,0	53,3	460,0
<i>Хвороби органів травлення</i>			
2005	94,0	44,3	212,2
2006	90,5	42,5	212,9
2007	100,1	48,4	206,8

За основними причинами смерті рівень смертності чоловіків перевищує жіночий у понад 4 рази від зовнішніх причин смерті, в 2 рази – від хвороб органів травлення, в 1,5 разу – від новоутворень. Лише від хвороб системи кровообігу смертність жінок на 6–7% перевищує чоловічу.

Різниця в рівнях смертності між чоловіками і жінками відбивається на величині різниці середньої очікуваної тривалості життя між ними, яка досягає 11,7 року (табл. 2.12.5).

Таблиця 2.12.5

Гендерні відмінності за середньою очікуваною тривалістю життя (2005–2008 рр.)

Рік	Середня очікувана тривалість життя	
	чоловіків	жінок
2005	62,23	73,97
2006	62,38	74,06
2007	62,51	74,22
2008	62,51	74,28

Гендерна статистика вже на початковому етапі свого розвитку демонструє, що виходячи із біологічних факторів та соціально-економічних умов стурбованість жінок станом охорони здоров'я принципово відрізняється від стурбованості чоловіків. Жінки і чоловіки ведуть різний спосіб життя та мають різні потреби в галузі охорони здоров'я. Різні фактори впливають на рівень захворюваності жінок та чоловіків, засоби профілактики хвороб, лікування хвороб та наявності доступу до служб охорони здоров'я. Значна частина захворювань, а також загроз, які впливають на здоров'я жінок, пов'язані із функцією дітонородження, в той час як інші хвороби загострюються внаслідок вагітності.

2.12.3. Гендерна рівність і репродуктивне здоров'я

Негативні тенденції у відтворенні населення нашої країни, що обумовили негативний демографічний приріст із 1991 р., привели до найнижчих за всю історію України показників народжуваності, які в даний момент в 1,4 разу нижчі, ніж показники смертності населення. Такий стан демографії загрожує національній безпеці України, оскільки сумарний показник народжуваності в країні залишається нижче межі простого відтворення населення, необхідного для підтримки стабільної кількості працездатного населення. У зв'язку із цим основним завданням уряду на найближчий час є подолання тенденцій скорочення чисельності населення, посилення інституту родини, державна підтримка народжуваності. Декларацією про прихильність і пріоритетні напрямки для досягнення Цілей розвитку тисячоліття до 2015 р. в Східній Європі і Центральній Азії передбачено зробити систему репродуктивної охорони здоров'я чутливою до гендерної проблематики.

Прийняття гендерного підходу як напрямку державної політики стосовно «репродуктивних прав» обумовлюється необхідністю вирішити складні соціально-економічні проблеми перехідного періоду в Україні, що пов'язано з активізацією всіх суспільних сил, насамперед жінок, які складають більшість (біля 54%) населення країни. Це означає неминучість подальшого підвищення їхньої ролі у суспільстві після ліквідації сформованих дискримінаційних гендерних асиметрій у сферах доступу до ресурсів. На сьогодні в Україні склалася ситуація, коли:

- мають місце гендерні розходження в потенціалі здоров'я чоловіків і жінок, на які повинна бути звернена серйозна увага. Це зниження народжуваності, відсутність у населення репродуктивних мотивацій та життєвих установок до збереження здоров'я і здорового способу життя, нерівні можливості для одержання повноцінних медичних послуг, що забезпечують охорону здоров'я жінок і чоловіків протягом усього життєвого циклу;

- репродуктивне здоров'я жінок в небезпеці: аборти, незважаючи на зменшення їх числа, залишаються одним із способів регулювання дітонародження; все ще утримується високий рівень малюкової і материнської смертності;

- суспільство недостатньо оцінює внесок жінок у культуру і розвиток країни.

Концепція репродуктивних прав передбачає забезпечення репродуктивної волі, інтерпретованої як воля репродуктивного вибору, тобто прийняття раціонально обґрунтованого («інформованого») рішення про час, місце, число і проміжок народження дітей. Передбачається, що жінки (індивіди) чи сімейні пари формують свої репродуктивні установки за допомогою прийняття таких рішень. Для того, щоб ці рішення приймалися вільно, їм потрібен законодавчий захист і мінімум соціальних гарантій для їх здійснення, тобто володіння репродуктивними правами. Гарантії забезпечуються державою і полягають у наявності відповідного законодавства, доступної і прийнятної інфраструктури (служб планування сім'ї, медичного обслуговування тощо), а також захисту від насильства і сексуальної експлуатації осіб обох статей.

Спеціалісти ВООЗ визнають, що існують розходження у факторах, які визначають здоров'я і тягар хвороб у жінок та чоловіків. Організми чоловіків і жінок не ідентично реагують на лікування, потребують іншого балансу нутрієнтів (білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, макро- і мікроелементів). Жіночий організм більш стійкий до будь-яких несприятливих факторів середовища: перегрівання, переохолодження, голодування, інфекцій, стресів, болю тощо порівняно з чоловічим.

Таким чином, на великі відрізки часу через чоловічі організми, як більш чутливі до несприятливих змін зовнішнього середовища, відбувається передача нових, корисних ознак, що змінилися, а жіночі організми підтримують чисельність популяції на достатньому рівні. У консерватизмі біологічних особливостей жінок і прогресі властивостей, переданих через чоловіків, закладений біологічний зміст виживання людської популяції. У зв'язку з цим особливу важливість набуває динаміка гендерних аспектів репродуктивного здоров'я, на яку тривалий час не звертали уваги.

Гендерний контроль над репродуктивною поведінкою містить у собі економічні, соціальні, інституціональні, соціокультурні і сексуальні відносини і може призводити до гендерної дискримінації. Гендерна дискримінація жінок у репродуктивній сфері безпосередньо відбивається на їхньому соціальному статусі і можливостях реалізації прав людини. Методи і форми впливу на репродуктивну поведінку є політичними інструментами гендерної політики, а характер і форми репродуктивного контролю визначають історичний характер гендерного режиму, тобто інституціональних форм гендерного контролю.

Тільки в останні десятиріччя, з появою масових технологій регулювання фертильності (насамперед жіночої), а також в результаті розширення прав жінок, репродукція знайшла відносну самостійність, однак пройшло досить багато часу, перш ніж проблема репродуктивних прав і регулювання репродуктивної поведінки стали предметом державної політики. Наразі в Україні новітні репродуктивні технології стали умовою масового переходу жінок до стратегій регулювання народжуваності, планування чисельності населення, а завдяки розвитку медицини і медичної промисловості жінки і чоловіки одержали можливість доступу до якісних послуг у сфері репродуктивного здоров'я.

Суттєвий вплив на реалізацію дітородної функції має і стан репродуктивного здоров'я. Стан здоров'я жінки, у тому числі репродуктивного, формується до народження, в перші роки життя, а в подальшому лише зберігається і зміцнюється. Протягом життя потреби жінки в медичній допомозі змінюються, тому національна система охорони здоров'я жіночого населення побудована з урахуванням концепції «життєвого циклу». Зміст її полягає в тому, що дбати про здоров'я майбутньої жінки потрібно на всіх етапах її життя, починаючи від народження. Доведено, що вагітність у підлітковому віці є одним із факторів, що призводить до гінекологічної захворюваності, неплідності та патології вагітності і пологів у майбутньому. Матерям-підліткам швидше за все буде важко працювати, що призведе до підвищеної захворюваності і смертності цих матерів та їхніх дітей. Крім того, народження дітей у підлітковому віці часто має несприятливі соціальні наслідки, особливо це стосується

рівня освіти жінок, оскільки жінки, які стають матерями у підлітковому віці, переважно не закінчують освітні заклади.

Ефективна робота закладів системи планування сім'ї, що є однією з наймолодших підсистем галузі охорони здоров'я України, та реалізація заходів державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» сприяли позитивній динаміці рівня абортів серед дівчаток до 14 років, дівчат-підлітків та серед жінок фертильного віку. Наразі у нашій країні спостерігається постійне зменшення абортів серед неповнолітніх. До 1996 р. частота абортів серед неповнолітніх становила 0,17 на 1 тис. дівчаток до 14 років, а з 1997 р. відмічається обнадійлива їх тенденція (0,09 – 2004 р., 0,07 – 2007, 2009 рр.). Позитивна динаміка скорочення абортів у неповнолітніх в Україні є результатом стабільної роботи системи планування сім'ї. Однак в розвинутих країнах Європи вже близько 10 років не спостерігається випадків переривання вагітності у дівчаток до 14 років. В Україні до такого методу щорічно вдається біля 100 дівчаток, що свідчить про необхідність більш активного інформування дітей цього віку про здоровий спосіб життя та згубний і негативний вплив ранніх статевих стосунків на їхнє здоров'я.

Зниження рівня абортів серед дівчат підліткового віку відбувалося більш інтенсивними темпами. Упродовж останніх років цей показник становив 4,93–3,44 на 1000 відповідного населення і наблизився до цього показника у розвинутих європейських країнах та середньосвітового (3,0–4,0).

Найбільше навантаження на репродуктивну функцію припадає на жінок фертильного віку. В Україні досягнута позитивна динаміка частоти абортів (51,96 на 1 тис. жінок фертильного віку у 1996 р., 39,0 – у 1998 р., 21,1 – у 2004 р. та 15,4 – у 2009 р.).

Стабільне зниження кількості абортів дозволило Україні переміститися в рейтингу країн світу із списку з високим рівнем поширеності абортів (більше 20,0 на 1000 жінок репродуктивного віку) в список із середнім рівнем (20,0–15,0 на 1000 жінок репродуктивного віку). Водночас рівень абортів в Україні значно перевищує аналогічний показник у розвинених країнах Європи: Іспанії (5,2), Німеччині (7,7), Італії (11,4), Франції (12,4), Норвегії (15,6).

Поєднання заходів державної політики, зусиль українських медиків, допомога міжнародних проектів зумовили позитивну динаміку основних складових загрози репродукції особи – народжуваності, малюкової та материнської смертності. Коефіцієнт материнської смертності знизився майже утричі. Якщо у 80-ті роки цей показник становив 40–50 випадків на 100 тисяч народжених живими, на початку 90-х років – 39,7–32,4, то починаючи з 1996 р. він набув стабільної тенденції до зниження і у 2008 р. становив 14,7. Підвищення рівня материнської смертності у 2009 р. до 23,4 зумовлено епідемією грипу в країні. Редукований, без урахування випадків материнських втрат від грипу А/Н1N1, коефіцієнт материнської смертності за 2009 р. становив 15,0.

Зниження народжуваності та поширення малодітності призвели до значних змін у структурі медичної допомоги. Якщо раніше більшість проблем репродуктивного періоду жінки були пов'язані з невиношуванням вагітності, то в цей час перед подружньою парою стоять завдання уникнути небажаної вагітності, забезпечити появу бажаних дітей, регулювати інтервали між вагітностями, контролювати вибір часу народження залежно

від віку батьків і визначати число дітей у родині. Взаємозв'язок цих параметрів характеризує репродуктивну поведінку жінки та забезпечується її репродуктивним здоров'ям.

Відомо, що якщо частота безплідних шлюбів досягає або перевищує 15%, проблема безпліддя у цьому випадку набуває державного значення. Частота безплідних шлюбів в Україні становить 12–15% і має тенденцію до зростання. У зв'язку із цим проблема діагностики і лікування безплідного шлюбу є вкрай актуальною в акушерсько-гінекологічній практиці та у сфері охорони здоров'я в цілому.

Державна політика охорони здоров'я населення останніми роками спрямована на профілактику небажаної вагітності та абортів.

Не менш важливим напрямком, що донедавна не розглядався окремо, є захист прав чоловіків. Ігнорування потреби активізації зусиль, спрямованих на захист прав чоловіків, дискредитує ідею гендерної рівності і сприяє формуванню стереотипу, що питання гендерної рівності є суто «жіночим». Найбільш гостро в даному аспекті стоять проблеми захисту здоров'я чоловіків, боротьба із шкідливими звичками, зниження рівня психологічного і фізичного насильства в житті чоловіків.

Зацікавленість проблемою репродуктивного здоров'я чоловіків виникла порівняно недавно. Опубліковані французькими вченими результати обстеження чоловіків Великої Британії, Італії, Німеччини, Бельгії, Канади та інших країн показали, що збереження виявлених негативних тенденцій найближчим часом може позбавити чоловіків дітородної здатності. Проблемам чоловічого здоров'я, зокрема репродуктивного, був присвячений перший Всесвітній форум з питань чоловічого здоров'я, який відбувся у травні 2004 р. у Буенос-Айресі.

За офіційними даними, рівень чоловічої безплідності у 10 разів нижчий за жіночий, але спеціальні дослідження встановили, що саме чоловіки на 40–60% визначають загальний рівень безплідності. Тривалий час проблеми репродуктивного здоров'я чоловіків були особистою справою лікаря і пацієнта. Нині ці проблеми широко обговорюються на науковому і громадському рівні. Інтерес викликають дані якості сперматозоїдів, що віддзеркалюють зростаючі порушення чоловічої статеві сфери.

Причинами порушень репродуктивної системи хлопчиків і юнаків можуть бути також перенесені в дитинстві захворювання, особливо інфекційні хвороби, пухлини ендокринних залоз, специфічні травми. За даними вітчизняних авторів, близько 42–46% патологічних станів, що формують порушення репродуктивної сфери чоловіків, беруть початок у різних періодах дитинства. Визначальне значення у формуванні порушень репродуктивної системи хлопчиків-юнаків має стан їх загального здоров'я, зокрема хвороб сечостатевої системи.

Демографічна ситуація в Україні характеризується зменшенням кількості населення і погіршенням стану загального та репродуктивного здоров'я чоловічого населення. До особливостей чоловічого репродуктивного здоров'я можна віднести кілька моментів: серед чоловіків більш поширена ризикована поведінка (понад 70% наркозалежних – чоловіки), чоловіки психологічно складніше залучаються до планування сім'ї і рідше звертаються по медичну допомогу. Середня тривалість чоловічого життя в Україні на 10–12 років менша, ніж жіночого, смертність чоловіків

працездатного віку (28–45 років) у 4 рази вища. У середньому очікувана тривалість життя чоловіків на 11–12 років, а жінок – на 7–8 років менша, ніж у розвинених країнах Європи.

Різниця в тривалості життя жінок і чоловіків пов'язана, насамперед, з недостатньою увагою до охорони здоров'я чоловіків і до профілактики негативних впливів. Чоловіки психологічно важче переносять економічні проблеми, зокрема безробіття, яке протягом тривалого часу в Україні тримається на рівні 8–15%, невдале кар'єрне просування, низьку заробітну плату. Щорічно в репродуктивному віці вмирає близько 80 тис. чоловіків і 24,5 тис. жінок. Найбільш частою причиною смертності серед чоловіків до 40 років стають нещасні випадки, отруєння, самогубства тощо. Смертність у репродуктивному віці серед чоловіків внаслідок нещасних випадків, отруєнь, вбивств, самогубств в 5,5 разу перевищує таку серед жінок. Завершені самогубства стають причиною смерті у чоловіків репродуктивного віку в 7 разів частіше, ніж у жінок. Поширеність алкоголізму серед чоловіків у 5,5 разу вища, ніж у жінок. Значну шкоду репродуктивному здоров'ю наносять інфекції, які передаються статевим шляхом (ПЧС), 60% пацієнтів з ПЧС становлять чоловіки.

Незворотні втрати чоловічого населення в репродуктивному віці позначаються на статевому співвідношенні у суспільстві, зумовлюючи наявність неповних сімей та дітей-сиріт. Майже третина дітей в Україні виховується самотніми матерями. За даними соціологічного дослідження, лише третина позашлюбних матерів засвідчили, що їхня дитина зустрічається з батьком, і лише 40% зазначили, що батько активно допомагає у вихованні. Тому в державі розробляються стратегії, спрямовані на формування статусу усвідомленого батьківства.

2.12.4. Гендерне насильство

Важливою проблемою гендерної рівності є гендерне насильство. На сьогодні в українському законодавстві, як, власне, і в міжнародних нормативно-правових актах, відсутнє визначення гендерного насильства. У Декларації ООН про викорінення насильства щодо жінок, проголошеній резолюцією 48/104 Генеральної Асамблеї від 20.12.2000 р., насильство визначається як «будь-який акт насильства, здійснений за ознакою статі, якій завдає або може завдати фізичної, сексуальної чи психологічної шкоди або страждання жінкам, а також загрози здійснення таких актів, примус чи свавільне позбавлення волі як в громадському, так і в приватному житті».

До гендер-зумовленого насилля жінок і чоловіків в перинатальний період належать вибір статі майбутньої дитини, зґвалтування (вагітність по примусу), насильство проти вагітної жінки й дитини; в період новонародженості – інфантицид (дітовбивство), незаконна трансплантація, жорстоке поводження з дітьми, продаж немовлят; період дитинства – зґвалтування, дитяча проституція, недоїдання, відсутність умов гігієни в загальноосвітніх установах, лімітований доступ до навчання. Відмінності гендер-зумовленого насилля за статтю характерні для підліткового, репродуктивного періоду і літнього віку (табл. 2.12.6).

Таблиця 2.12.6

Основні характеристики гендер-зумовленого насилля за статтю

Показник	Жінка як об'єкт насильства	Чоловік як об'єкт насильства
Підлітковий період	Сексуальні домагання, комерційний секс, насильство на робочому місці, нелегальна праця підлітків	Обов'язкова служба в армії, насильство на робочому місці, нелегальна праця підлітків, торгівля людьми
Репродуктивний період	Насильство з боку чоловіка/партнера, жорстоке поводження, побиття, убивство, нелегальна праця й насильство на робочому місці, сексуальні домагання, зґвалтування, вагітність і аборт з примусу, відсутність доступу до медичної допомоги	Нелегальна праця й насильство на робочому місці, відсутність або обмеження прав на виховання дитини після розлучення, більші строки ув'язнення порівняно з жінками, нещасні випадки, травми та отруєння
Літній вік	Вдови, низька якість життя жінок похилого віку, безправ'я	Більш пізній вихід на пенсію, раніше вмирають (різниця в тривалості життя 11–12 років)

Насильство над жінкою, зокрема у родині, залишається однією із серйозних проблем в Україні. Ефективним заходам з його подолання перешкоджає недостатнє розуміння причин насильства стосовно жінок і неповна інформація про різні види насильства. Історично сформовані й обумовлені соціокультурним середовищем світогляд і система цінностей закріплюють підлегле положення жінки в суспільстві. Незважаючи на деяке поліпшення ситуації, працівники правоохоронних органів, особливо фахівці з кримінального права, мало займаються цією проблемою, а профілактичні заходи носять випадковий характер.

Реформування української армії також тісно пов'язано з гендерним насиллям. Проблемними залишаються питання самогубства, насильства (так звана «дідівщина») у військах, що обумовлює психічні, моральні і фізичні травми у молодих чоловіків.

Для формування і збереження репродуктивної функції населення необхідні спадкоємність і співробітництво широкого кола спеціалістів: акушерів-гінекологів, педіатрів, андрологів, сексопатологів, імунологів, генетиків тощо. Існуюча в Україні система медичної допомоги населенню спрямована на забезпечення заходів щодо формування і зміцнення репродуктивного здоров'я, як жіночого, так і чоловічого населення, а також на формування здорового способу життя, відповідального ставлення держави, суспільства та кожного громадянина до репродуктивного здоров'я як однієї з важливих складових здоров'я нації.

Саме на це націлено державну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», основними напрямками удосконалення реалізації якої визначено: забезпечення нормативно-правової бази системи охорони репродуктивного здоров'я; забезпечення рівних для чоловіків і жінок репродуктивних прав, включаючи право інформованого вибору; забезпечення умов рівного доступу чоловіків і жінок до служб охорони здоров'я; розробка та реалізація міжгалузевих стратегій репродуктивного здоров'я, спрямованих на: пропаганду, формування і заохочення здорового способу

життя, пропаганду цінності сім'ї (родини); забезпечення медико-соціальної підтримки молодих; широке залучення ЗМІ, недержавних організацій для інформування населення з питань відповідального ставлення до охорони здоров'я; проведення кампаній, що пропагують здоровий спосіб життя; зміцнення репродуктивного здоров'я жінок і чоловіків; подальший розвиток комплексного медико-санітарного обслуговування у сфері охорони репродуктивного й сексуального здоров'я; впровадження стратегії надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗП/СМ; удосконалення системи підготовки медичних фахівців для поліпшення якості надання медичної допомоги в сфері охорони репродуктивного здоров'я; продовження розробки й впровадження технологій і практик у сфері охорони поліпшення репродуктивного здоров'я на основі доказової медицини; матеріально-технічного забезпечення установ охорони репродуктивного здоров'я; проведення наукових досліджень з найбільш актуальних питань і проблем.

Наукові дослідження та практичні напрацювання у цій сфері показують, що збереження репродуктивної функції населення виходить за рамки суто медичної проблематики і стає загальнодержавною, міжсекторальною проблемою, яка потребує вирішення на національному рівні. Заходи Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 р., затвердженої постановою КМУ у 2006 р., та наказу МОЗ України від 15.03.2007 р. «Про виконання Державної програми з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року» спрямовані на формування гендерного балансу та зміцнення репродуктивної функції населення України.

2.13. Характеристика розладів психіки та поведінки у населення України та організація спеціалізованої медичної допомоги

Психічне здоров'я населення є однією з головних умов стійкого розвитку суспільства, передумовою соціального благополуччя та успішного економічного функціонування держави, тому охорона психічного здоров'я є одним з пріоритетних напрямів соціальної політики, особливо в період реформування економіки та соціальної сфери.

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується тенденцією до погіршення стану психічного здоров'я населення України. Соціальна та економічна нестабільність призводить до кількісних і якісних змін структури нервово-психічної захворюваності населення. Негативний вплив на психіку людини спричинюють погіршення екологічної ситуації, збільшення числа деструктивно-дестабілізуючих та соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів техногенних аварій та природних катастроф, які мають серйозні віддалені медико-соціальні наслідки.

Населення України протягом останнього часу живе в умовах постійного напруження та перманентного емоційного стресу. Відсутність у кризовому суспільстві можливостей щодо самоактуалізації особистості, фрустрація потреб людини в досягненні достатньо високого психологічного та соціального статусу, психологічна

депривація, а також зростання і розширення масштабів техногенних аварій і природних катастроф призводить до погіршення психічного здоров'я населення, розладів в психічній сфері, особливо збільшення захворюваності на непсихотичні психічні розлади, виникнення низки нових і модифікацію існуючих захворювань.

Розлади психіки та поведінки займають 1,4% у структурі поширеності хвороб та 0,3% у загальній захворюваності населення України.

Проведений аналіз статистичних даних МОЗ України свідчить про відносну стабілізацію в 2009 р. показників поширеності і захворюваності на розлади психіки та поведінки в Україні порівняно з 2008 р. Однак враховуючи існування в суспільстві вищезазначених та низки інших чинників, вплив яких негативно позначаються на стані здоров'я населення, можна зробити висновок, що офіційні показники статистики не в змозі об'єктивно відображати реальний стан здоров'я населення.

У 2009 р. кількість психічно хворих в Україні склала 1 171 133 особи (1 175 694 в 2008 р.), або 2548,0 на 100 тис. населення (2545,8 у 2008 р.). Захворюваність на розлади психіки та поведінки склала 106 801 в абс. числах (112 575 у 2008 р.) або 232,4 на 1000 тис. населення (249,1 у 2008 р.).

У 10 областях України показник захворюваності перевищив середній по країні, зокрема у Житомирській (407,8 на 100 тис. населення), Київській (350,8), Луганській (292,9), Чернігівській (290,6), Херсонській (278,0) областях. Найнижчим цей показник був в м. Києві (149,3 на 100 тис. населення), м. Севастополі (153,9), Чернігівській області (176,8).

У структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки найбільшу питому вагу займає група розладів психіки непсихотичного характеру – 73,9% (78 993 особи), розлади психіки психотичного характеру – 17,4% (18 620 осіб) та розумова відсталість – 8,6% (9188 осіб). Така тенденція була характерна і для минулих років.

Зростання в 2009 р. показників поширеності непсихотичних психічних розладів порівняно з останніми роками обумовлено комплексом психологічних та соціально-економічних чинників, які мали місце в цей період (табл. 2.13.1).

Таблиця 2.13.1

Показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки населення України у 2009 р.

Вид розладу	Захворюваність		Поширеність	
	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення
Розлади психіки психотичного характеру	18 620,0	40,5	309 222,0	672,8
Розлади психіки непсихотичного характеру	78 993,0	171,9	585 089,0	1272,9
Розумова відсталість (усі ступені)	9188,0	20,0	276 822,0	602,3

У 2009 р. рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки серед міського населення склав 246,5 випадку на 100 тис. населення (72,3%), серед сільського – 202,1 на

100 тис. населення (27,6%). Це свідчить про більшу доступність психіатричної допомоги міським жителям.

Найбільші показники захворюваності на розлади психіки та поведінки зареєстровано серед чоловіків – 278,5 на 100 тис. чоловічого населення (або 55,2%). У структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки, як у чоловіків, так і у жінок, переважали неспихотичні психічні розлади (табл. 2.13.2).

Таблиця 2.13.2

Гендерний розподіл в структурі захворюваності на розлади психіки і поведінки у 2009 р.

Вид розладу	Чоловіки		Жінки	
	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення
Розлади психіки психотичного характеру	8683,0	41,0	9937,0	40,1
Розлади психіки неспихотичного характеру	43 889,0	207,2	35 104,0	141,7
Розумова відсталість (усі ступені)	6420,0	30,3	2768,0	11,2

З огляду на нозологічну структуру розладів психіки та поведінки, надання спеціалізованої медичної допомоги вимагає комплексного підходу, як до вибору тактики лікування, так і реабілітаційних заходів. В 2009 р. кількість госпіталізованих хворих до психіатричних стаціонарів склала 243 543 осіб (або 529,87 на 100 тис. населення). У структурі госпіталізованих переважали хворі на психотичні психічні розлади – 122 556 (або 266,64 на 100 тис. населення); кількість госпіталізованих внаслідок неспихотичних психічних розладів становила 95 256 (або 207,24 на 100 тис. населення). Повторність госпіталізації у 2009 р. була 23%. Серед усіх госпіталізованих осіб 1,5% (3696 осіб) склали хворі, госпіталізовані в примусовому порядку.

Середнє число днів роботи ліжка склало 333,8 дня. Цей показник був перевищений у Волинській (364,5 дня), АР Крим (353,4), Дніпропетровській (351,7), Закарпатській (350,4), Кіровоградській (350,2), Луганській (349,9), Вінницькій (349,2), Донецькій (346,9), Тернопільській (344,7), Миколаївській (343,9) областях.

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі склала 51,57 дня. Нижчим за середній цей показник був в Івано-Франківській (35,09 дня), Чернівецькій (40,52) областях. Вищим – у Сумській (63,26 дня), Одеській (61,09), Херсонській (60,32), Полтавській (59,41), Закарпатській (57,93), АР Крим (57,63), Миколаївській (57,17), Волинській (56,35) областях.

Середній показник обігу ліжка становив 6,47 разу за рік. Цей показник коливався по областях України в межах від 5,00 (Сумська область) до 8,96 (Івано-Франківська область).

Показник лікарняної летальності у психоневрологічних стаціонарних закладах України становив 1,05. Вищим за середнім він відмічався у м. Севастополі (2,64), Кіровоградській (2,08), Чернігівській (2,03), Харківській (1,85), Полтавській (1,74), Одеській (1,72), Херсонській (1,61), АР Крим (1,61), Черкаській (1,44) областях.

Смертність психічно хворих у 2009 р. склала 2858 осіб (або 6,2 на 100 тис. населення).

Соціальна складова психіатрії тісно пов'язана з показником суїцидів серед психічно хворих. Так, за даними світової статистики, депресивні розлади та шизофренія є причиною 60% усіх випадків самогубств. У 2009 р. в Україні суїцидальні спроби скоїли 1074 психічно хворих, з 237 них померло.

Розлади психіки є однією з основних причин інвалідизації населення, що, в свою чергу, призводить до значного соціального навантаження суспільства. В Україні, як і у всьому світі, психічні захворювання утримують одне з перших місць серед причин виходу на інвалідність. За даними ВООЗ, психічні розлади зумовлюють 11% інвалідизації населення. В 2009 р. відмічено незначний ріст контингенту інвалідів внаслідок розладів психіки та поведінки в Україні. Показник поширеності випадків інвалідності склав 593,8 на 100 тис. населення. Діапазон коливання цього показника по областях України склав відповідно від 738,2 на 100 тис. населення (Волинська область) до 479,5 на 100 тис. населення (Закарпатська область). Кількість хворих, які були визнані інвалідами вперше, склала 11766 (25,6 на 100 тис. населення). У 14 областях було перевищено середній показник, зокрема у Львівській (36,2 на 100 тис. населення), Миколаївській (36,3), Чернівецькій (32,2). Значна кількість осіб, які виходять на інвалідність внаслідок розладів психіки, свідчить про незадовільний стан роботи в цій сфері. Потребують удосконалення відповідні заходи з медико-соціальної реабілітації, кадрового забезпечення, фінансування. На недостатній рівень соціальної та реабілітаційної роботи вказує не розвинута мережа лікувально-трудова майстерень для осіб з вадами психіки. Кількість таких майстерень в Україні становить 24 (з них 17 стаціонарних та 7 амбулаторних на 1965 та 374 місць відповідно).

В системі охорони здоров'я України станом на 2009 р. психіатрична мережа налічувала 88 психіатричних і психоневрологічних лікарень (на 42175 ліжок), 29 психоневрологічних диспансерів, 105 денних стаціонарів та 656 психіатричних, 162 психотерапевтичних, 1 психоендокринологічний кабінети у ЛПЗ. Найбільша кількість психіатричних закладів знаходиться в Донецькій (15), Луганській (12) областях, найменша кількість – по одному психіатричному закладу – у м. Севастополі, Чернівецькій та Херсонській областях. Показник забезпеченості населення психіатричними ліжками становив 91,8 на 100 тис. населення. Показник мав значні коливання по регіонам України – від 59,1 на 100 тис. населення у Рівненській області до 127,7 на 100 тис. населення у Сумській області.

У 2009 р. спеціалізована психіатрична медична допомога надавалася лікарями-психіатрами, загальна чисельність яких становила 3304, або 7,19 на 100 тис. населення. Цей показник є відносно незмінним протягом останніх років. Психіатричну допомогу надавали також 13 288 медичних сестер та 312 медичних сестер соціальної допомоги. Гостро стоїть проблема кваліфікованої психологічної допомоги психічно хворим. Якщо нормативи ВООЗ передбачають 1 психолога на 40 психіатричних ліжок, то в психіатричній службі України в 2009 р. працювало лише 395 психологів і 40 лікарів-психологів, що становило 1 психолог на 96,9 ліжка (табл. 2.13.3).

Таблиця 2.13.3

Забезпеченість населення України лікарями психіатричного профілю в 2009 р.

Спеціальність	Штатні посади		Зайняті посади		Число фізичних осіб		Укомплектованість фізичними особами штатних посад (%)
	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	абс. числа	на 100 тис. населення	
Лікар-психіатр	4189,75	9,12	3922,5	8,53	3304,0	7,19	78,86
Лікар – дитячий психіатр	524,75	6,41	480,75	5,87	408,0	4,98	77,75
Лікар-психотерапевт	316,5	0,69	262,0	0,57	222,0	0,48	70,14
Лікар-психолог	131,0	0,29	90,0	0,20	87,0	0,19	66,41
Лікар-сексопатолог	67,5	0,15	58,5	0,13	55,0	0,12	81,48

Укомплектованість штатних посад лікарів-психіатрів фізичними особами вище 90% була лише у трьох областях: Львівській (97,7%), Тернопільській (93,2%), Закарпатській (96,1%). А в Рівненській, Миколаївській, Київській областях та м. Севастополі укомплектованість штатних посад не досягає 70%. Простежується тенденція до збільшення частки працюючих медичних працівників пенсійного віку (від 30 до 60%). Гострою є проблема забезпеченості ЛПЗ середнім медичним персоналом.

Якість надання медичної допомоги значною мірою залежить від рівня кваліфікації медичних кадрів. На кінець 2009 р. мали кваліфікаційну категорію 2972 лікарі-психіатри (74,9%). Серед атестованих лікарів мали вищу категорію 1425 (47,9), першу – 995 (33,5%), другу – 552 (18,6%) (табл. 2.13.4)

Таблиця 2.13.4

Атестація лікарів-психіатрів

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього лікарів (фіз. осіб)	З них мають категорію	% атестованих до загального числа
АР Крим	193	145	75,1
<i>Область</i>			
Вінницька	161	114	70,8
Волинська	71	58	81,7
Дніпропетровська	348	273	78,4
Донецька	401	310	77,3
Житомирська	92	75	81,5
Закарпатська	74	47	63,5
Запорізька	155	100	64,5
Івано-Франківська	115	93	80,9
Київська	101	66	65,3
Кіровоградська	66	49	74,2

Продовження таблиці 2.13.4

Адміністративно-територіальна одиниця	Всього лікарів (фіз. осіб)	З них мають категорію	% атестованих до загального числа
<i>Область</i>			
Луганська	210	155	73,8
Львівська	253	197	77,9
Одеська	213	169	79,3
Полтавська	127	89	70,1
Рівненська	53	41	77,4
Сумська	94	61	64,9
Тернопільська	97	65	67,0
Харківська	237	167	70,5
Херсонська	69	59	85,5
Хмельницька	86	74	86,0
Черкаська	90	78	86,7
Чернівецька	73	53	72,6
<i>Місто</i>			
Київ	406	281	69,2
Севастополь	41	35	85,4
Україна	3969	2972	74,9

Таким чином, сучасний стан здоров'я населення України характеризується стабілізацією ситуації. Стосовно психотичних психічних розладів спостерігається рівновага, коли кількість виявлених випадків дорівнює кількості вибулих з цієї групи за природними причинами.

Водночас існує низка проблем, вирішення яких потребує зусиль як держави, так і суспільства в цілому. Насамперед це незадовільне фінансування галузі, що перешкоджає впровадженню сучасних технологій в лікувальний процес. Обмежені можливості лікувально-трудова майстерень не сприяють ефективній медико-соціальній реабілітації хворих, зниженню рівня інвалідизації. Негативно позначаються на якості лікування і проблеми в кадровому забезпеченні (недоукомплектованість кадрів, збільшення відсотка фахівців пенсійного віку тощо). Недостатньо висвітлюються в ЗМІ питання, пов'язані із соціальною ізоляцією та стигматизацією хворих задля їх подолання. Повільно проходить процес переорієнтації надання медичної допомоги зі стаціонарної на амбулаторну ланку.

Для успішного вирішення вищезазначених проблем протягом 2009 р. фахівцями галузі спільно з науковцями була розроблена низка відповідних заходів, зокрема проект «Концепції державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я до 2014 року». З метою розробки нормативної бази, необхідної для проведення реформ в психіатрії, при МОЗ України створено постійно діючу «Робочу групу з питань удосконалення нормативно-правових актів, що регламентують діяльність психіатричної мережі». Напрацювання відповідних документів та їх фінансове забезпечення створить належні умови для реформування галузі.

2.14. Характеристика регіональних особливостей стану здоров'я дорослого населення України

У 2009 р. серед дорослого населення України зареєстровано близько 182,6 тис. захворювань на 100 тис. населення, у тому числі з діагнозом, встановленим вперше в житті, 57,2 тис. випадків на 100 тис. відповідного населення, що свідчить про невинне зростання захворюваності і поширеності хвороб серед дорослого населення (табл. 2.14.1). Це узгоджується зі сформованими тенденціями росту захворюваності та поширеності хвороб серед всього населення України.

Таблиця 2.14.1

Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення України у 2005–2009 рр.
(на 100 тис. відповідного населення)

Показник стану здоров'я		Рік				
		2005	2006	2007	2008	2009
Захворюваність	абс.	21 484 176	21 138 703	21 485 642	21 363 283	21 620 183
	на 100 тис. населення	56 580,1	55 705,6	56 646,1	56 417,2	57 231,0
Поширеність	абс.	64 897 974	65 649 361	67 024 778	68 050 772	68 989 902
	на 100 тис. населення	170 913,3	173 001,9	176 708,3	179 711,8	182 623,7

Найвищі рівні поширеності хвороб серед дорослого населення в 2009 р. зареєстровано в м. Києві (235 770,5 на 100 тис.), Вінницькій (219 526,5), Дніпропетровській (213 778,2) та Черкаській (209 456,5) областях. Найнижчим рівень поширеності хвороб за підсумками 2009 р. був в АР Крим – 138 575,7 на 100 тис. дорослого населення.

Основу структури поширеності хвороб формують: *хвороби системи кровообігу* (37,1%), *хвороби органів дихання* (13,8%), *хвороби органів травлення* (10,1%), *хвороби сечостатевої системи* (6,0%), *кістково-м'язової системи та сполучної тканини* (5,7%), *хвороби ока та його придаткового апарату* (4,86%), *хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин* (4,32%), *розлади психіки та поведінки* (2,74%) (рис. 2.14.1). Сумарна частка цих хвороб у структурі поширеності серед дорослого населення склала 84,54%.

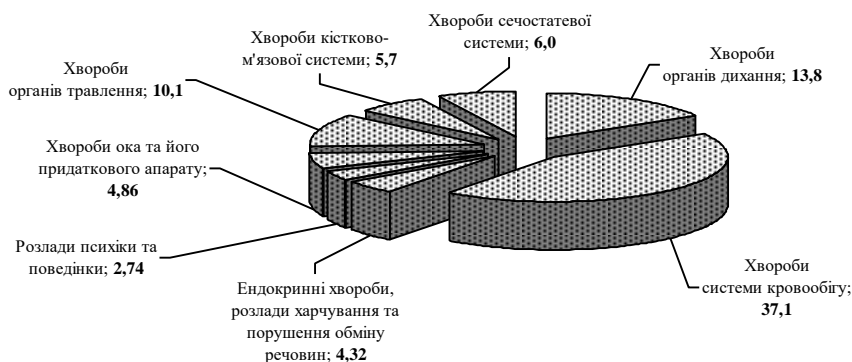


Рис. 2.14.1. Структура поширеності хвороб серед дорослого населення України (%)

Структура захворюваності дорослого населення, як і структура поширеності хвороб, дещо відрізняється за питомою вагою окремих класів хвороб. Так, третину вперше виявлених випадків захворювань (32,6%) склали *хвороби органів дихання*, 10,8% – *хвороби системи кровообігу*, 8,8% – *хвороби сечостатевої системи*, 8,0% – *травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників*, по 6,0% – *хвороби шкіри та підшкірної клітковини*, *хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини*, 5,7% – *хвороби ока та його придаткового апарату*, 4,3% – *хвороби органів травлення* (рис. 2.14.2). Сумарна частка цих хвороб в структурі захворюваності дорослого населення склала 82,2%.

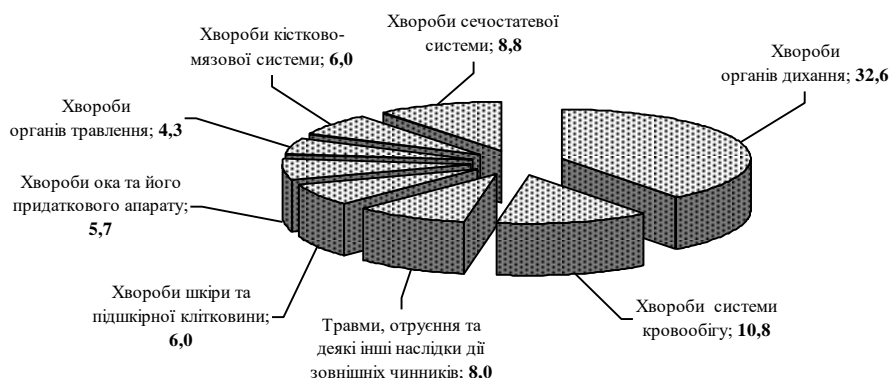


Рис. 2.14.2. Структура захворюваності дорослого населення України (%)

Показник захворюваності дорослого населення в 2009 р. найвищим був в м. Києві (78 674,6), Дніпропетровській (74 224,9), Львівській (73 582,1), Івано-Франківській (72 609,2) областях при середньому значенні по Україні 57 231 на 100 тис. відповідного населення.

У структурі смертності, поширеності хвороб серед всього населення та серед дорослого населення зокрема, найбільшу питому вагу мають *хвороби системи кровообігу*. Хвороби системи кровообігу набувають характеру епідемії, фактично визначаючи тривалість життя людей. Вони входять в групу «хвороб цивілізації», є однією з головних причин інвалідності та смертності населення України. Аналіз даних ЦМС свідчить про зростання впливу захворювань органів системи кровообігу на формування рівня популяційного здоров'я української нації. Протягом багатьох років серцево-судинна патологія має тенденцію до зростання. За останні 10 років захворюваність на хвороби системи кровообігу збільшилася у понад двічі, поширеність – в 2,5 разу. Майже 7,0% випадків тимчасової непрацездатності дорослого населення зумовлені хворобами системи кровообігу, що складає 72,1 календарних дня на 100 працюючих. Ця патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26,0%. Серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання зумовлюють майже дві третини випадків смерті та третину випадків за причинами інвалідності і мають істотний вплив на тривалість життя дорослого населення.

При аналізі особливостей поширеності хвороб системи кровообігу за підсумками 2009 р. виявлено найвищі їх рівні в м. Севастополі (82 675,2), Полтавській (81 138,1) та

Вінницькій (77 138,6 на 100 тис. дорослого населення) областях. Хворобам системи кровообігу належить перше місце в структурі захворюваності та смертності населення Одеської області, кількість яких за останні 10 років збільшилась майже вдвічі і перевищує середній показник по Україні. Частка хвороб системи кровообігу становить 61,3% в структурі загальної смертності, 28,0% – в структурі загальної інвалідності, 31,2% – поширеності захворювань, 8,7% – первинної захворюваності, 12,7% – випадків тимчасової втрати працездатності. У цілому показники поширеності хвороб системи кровообігу перевищують середнє по Україні значення (67 702,7 на 100 тис. дорослого населення) в 13 регіонах (табл. 2.14.2).

Таблиця 2.14.2

Показники захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу в окремих регіонах України
(на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Поширеність	Захворюваність
м. Севастополь	82675,2	2975,5
Полтавська область	81138,1	5479,7
Вінницька область	77138,6	7279,8
Черкаська область	74432,0	6200,4
Дніпропетровська область	73560,0	6831,0
Київська область	73076,7	5121,2
Закарпатська область	72100,4	9414,7
Кіровоградська область	72031,9	4719,3
Одеська область	71772,1	7446,0
м. Київ	71195,3	5808,6
Харківська область	69280,5	9707,7
Тернопільська область	69066,5	5387,9
Луганська область	68669,2	3764,7
Україна	67702,7	6190,7

Такі високі рівні поширеності хвороб системи кровообігу серед дорослого населення поєднуються з нижчими, ніж в середньому по Україні (в 2009 р. – 6190,7 на 100 тис. населення), показниками захворюваності, особливо в м. Севастополі, Полтавській, Київській, Кіровоградській, Луганській областях, що може свідчити про низьку активність звернень громадян, малодоступність медичної допомоги, а в результаті – низький рівень виявлення вищеозначених хвороб.

У структурі захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу в більшості областей значно переважає гіпертонічна хвороба, коливаючись за показниками поширеності хвороб від 48,0% до 35,6%, за показниками захворюваності 43,26–34,6% від усіх хвороб системи кровообігу. На другому місці – ішемічна хвороба серця. Її питома вага в структурі хвороб системи кровообігу коливається за показниками захворюваності від 32,26% до 24,6%, за поширеністю – від 40% до 29%. Третє порядкове місце у всіх областях в структурі хвороб системи кровообігу дорослого населення, як за показниками захворюваності, так і поширеності, належить цереброваскулярним хворобам. Четверте та п'яте місця у різних регіонах в різних комбінаціях розділяють атеросклероз, вторинна гіпертензія, ревматизм, хронічні ревматичні хвороби серця та

флебіти, тромбофлебіти, варикозне розширення вен. У структурі захворюваності хвороб системи кровообігу серед дорослого населення України четверте та п'яте місця в різних комбінаціях займають інсульти, гострий інфаркт міокарда та флебіти, тромбофлебіти, варикозне розширення вен.

Для більшості областей України характерна саме така структура захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу. Але існує ряд областей, де структура захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу має регіональні відмінності. Так, у структурі поширеності хвороб системи кровообігу в Київській (єдиній з усіх областей) ішемічна хвороба серця посідає перше місце (32 297,5 на 100 тис. дорослого населення, питома вага 44,2%), а артеріальна гіпертензія з питомою вагою 40,4% – друге. Таким чином, серед хвороб системи кровообігу населення Київської області 84,6% становлять ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія. Хоча в структурі захворюваності на хвороби системи кровообігу дорослого населення Київської області продовжують зберігатися загальні тенденції найвищої питомої ваги гіпертонічної хвороби (35,6%), проте ішемічна хвороба серця знаходиться на другому місці і має досить високу питому вагу – 32,26%, тобто складає третину випадків вперше зареєстрованих хвороб системи кровообігу серед дорослого населення Київської області.

Результатом виконання Національної програми з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії стає стабілізація показника захворюваності на хвороби системи кровообігу, зокрема на гіпертонічну хворобу, збільшення частоти виявлення так званих передінфарктних станів, стенокардій. Не у всіх регіонах вдалося стабілізувати показники захворюваності на хвороби системи кровообігу. Крім того, привертає увагу поява в структурі поширеності хвороб системи кровообігу на четвертому та п'ятому місцях вторинної гіпертензії: Полтавська – 924,5, Вінницька – 1430,1, Черкаська – 1166,4, Дніпропетровська – 852,0, при середньому по Україні значенні 439,4 на 100 тис. дорослого населення.

Високі показники поширеності флебітів, тромбофлебітів, варикозного розширення вен виявлені в 2009 р. у Вінницькій (1417,9), Тернопільській (940,3), Одеській (927,7) областях при середньому по Україні значенні 656,1 на 100 тис. дорослого населення, що зумовило збільшення питомої ваги поширеності цієї патології в загальній структурі поширеності хвороб системи кровообігу цих областей.

За показником поширеності ревматизму привертає увагу Вінницька (871,5), Полтавська (841,6), Тернопільська (924,4), Чернівецька (874,1) та Чернігівська (800,1) області при середньому по Україні значенні 525,4 на 100 тис. дорослого населення, хоча відносно високі показники захворюваності на ревматизм у Чернівецькій (10,0) і Вінницькій (9,9) при середньому по Україні 9,8 на 100 тис. дорослого населення можуть свідчити про підвищену увагу до виявлення ревматизму у цих регіонах, що є позитивним явищем.

На четвертих та п'ятих місцях за питомою вагою в структурі показників захворюваності хвороб системи кровообігу в регіонах України виявлено в різних комбінаціях переважно інсульти, флебіти, тромбофлебіти, варикозне розширення вен та рідше гострий інфаркт міокарда. Привертає увагу високий рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда, що зумовлений великою кількістю його випадків та низькою

якістю профілактичної роботи в м. Севастополі (190,5), Кіровоградській (180,4), Дніпропетровській (170,5), Полтавській (168,7), Черкаській (160,3) областях при середньому по Україні значенні 133,1 на 100 тис. дорослого населення та мінімальному значенні показника захворюваності на гострий інфаркт міокарда в Житомирській області – 80,4 на 100 тис. дорослого населення.

Найвищі показники захворюваності та поширеності інсульту виявлені у Чернігівській (385,6), Волинській (375,0), Луганській (363,8), Хмельницькій (369,1) областях та м. Севастополі (352,4), що при середньому по Україні значенні 280,2 на 100 тис. дорослого населення зумовлює зростання питомої ваги показників захворюваності та поширеності інсульту у структурі захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу у вищезначених регіонах.

Таким чином, найвищі показники поширеності хвороб системи кровообігу, виявлені в м. Севастополі (82 675,2), Полтавській (81 138,1), Вінницькій (77 138,6), Черкаській (74 432,0), Дніпропетровській (73 560,0) та Київській (73 076,7 на 100 тис. дорослого населення) областях, зумовлені високою питомою вагою гіпертонічної хвороби, відповідно: 46,0%, 46,9%, 45,0%, 48,0%, 46,8%, 40,4% в структурі поширеності хвороб системи кровообігу цих регіонів. Унікальна ситуація склалася в Київській області, де на перше місце за питомою вагою поширеності вийшла ішемічна хвороба серця, склавши 44,2%, а артеріальна гіпертензія з питомою вагою 40,4% зайняла друге місце і разом вони склали 84,6% від поширеності всіх хвороб системи кровообігу серед дорослого населення Київської області. Високі рівні захворюваності та поширеності гострого інфаркту міокарда виявлено в м. Севастополі (190,5) та Кіровоградській (180,4 на 100 тис. дорослого населення) області. Високі показники захворюваності та поширеності інсульту зареєстровані у Чернігівській, Волинській, Луганській областях та м. Севастополі.

Хвороби органів дихання за підсумками 2009 р. зайняли I місце в структурі захворюваності всього населення України (питома вага 44,0%) та II місце в структурі поширеності серед всього населення України (питома вага 20,7%). Серед дорослого населення ці показники склали відповідно: 32,6% та 13,8%. Найвища поширеність хвороб органів дихання виявлена в м. Києві (40416,0), Львівській (36 396,5), Вінницькій (33 355,0), Івано-Франківській (31 736,0) та Дніпропетровській (31 553,2) областях при середньому по Україні значенні 25 172,0 на 100 тис. дорослого населення. Найвищі рівні захворюваності дорослого населення на хвороби органів дихання виявлені у цих самих регіонах: м. Києві (30 369,7), Львівській (31 354,4), Вінницькій (25 037,9), Івано-Франківській (24 708,4) та Чернівецькій (24 105,6) областях при середньому по Україні значенні 18 647,6 на 100 тис. дорослого населення.

В м. Києві найвища поширеність хвороб органів дихання серед дорослого населення міста була зумовлена: одним із найвищих по Україні рівнем поширеності гострого ларингіту та трахеїту – 3605,2 (при середньому по Україні 1305,2, при мінімальному значенні 354,5 в Донецькій та 252,1 на 100 тис. дорослого населення в Луганській області); показник поширеності алергічного риніту – 330,4, що в 1,3 разу перевищує середнє в Україні значення (261,6 на 100 тис. дорослого населення); поширеність хронічного риніту, назофарингіту серед дорослого населення міста є найвищою в Україні, і за підсумками 2009 р. складає 1420,2, що перевищує середнє по

Україні значення (519,6 на 100 тис. дорослого населення) в 2,7 разу; поширеність хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів – 883,5, що в 1,9 разу перевищує середній по Україні (473,7 на 100 тис. дорослого населення) показник; високий показник поширеності хронічного ларингіту, ларинготрахеїту – 272,0 проти 142,4 на 100 тис. дорослого населення по Україні, переважання в 1,9 разу. Поширеність хронічного бронхіту у м. Києві є найвищою в Україні і складає 4699,4 проти 1096,0 у Запорізькій та 1214,8 на 100 тис. дорослого населення в АР Крим. Поширеність бронхіальної астми має один із найвищих в Україні показників (м. Київ – 642,9, Україна – 501,9 на 100 тис. дорослого населення). Крім найвищих рівнів захворюваності та поширеності гострого ларингіту та трахеїту в м. Києві (3605,2), високими ці показники були також у Львівській (2919,8), Харківській (2225,9), Тернопільській (2025,9) областях при середньому по Україні значенні 1305,5 на 100 тис. дорослого населення.

Високі рівні захворюваності та поширеності гострого фарингіту та гострого тонзиліту виявлено у Львівській (1810,7), Вінницькій (1609,9) та Івано-Франківській (1522,4 на 100 тис. дорослого населення) областях.

Високі рівні захворюваності та поширеності алергічного риніту характерні для Дніпропетровської (263,6 та 642,7 на 100 тис. дорослого населення відповідно) та Харківської (213,8 та 464,9) областей. Вони перевищують відповідні середньоукраїнські значення (104,7 та 261,6 на 100 тис. дорослого населення) у понад двічі. Висока питома вага хронічної патології органів дихання характерна для Харківської (більше 27%), Дніпропетровської (23%) областей та м. Києва (18,9%).

Звертають на себе увагу позитивно низькі рівні поширеності хвороб органів дихання майже за всіма нозологіями серед дорослого населення причорноморських областей – Одеської, Миколаївської, Херсонської, АР Крим та м. Севастополя. Показники захворюваності дорослого населення на хвороби органів дихання найнижчими є в АР Крим (10 233,0), м. Севастополі (12 335,8), Херсонській (12 190,1), Миколаївській (14 218,5), Луганській (11 637,0) та Донецькій (12 752,2 на 100 тис. дорослого населення) областях.

Як і серед всього населення України, так і серед дорослого населення, III місце за поширеністю займають хвороби органів травлення. Найвищі рівні поширеності хвороб органів травлення в 2009 р. зареєстровані в м. Києві (28 487,3), Вінницькій (24 402,6), Одеській (23 610,2), Черкаській (23 008,7), Харківській (22 776,1) областях. В цілому середній рівень поширеності хвороб органів травлення 18 421,3 на 100 тис. дорослого населення перевищений в 13 регіонах. Найнижчі показники поширеності хвороб органів травлення зареєстровані в АР Крим (6814,8), Запорізькій (7482,5) та Луганській (10 143,4) областях.

У структурі поширеності хвороб органів травлення 24,6% складають гастрити та дуоденіти, 21,4% – холецистити, 15,1% – виразка шлунка та ДПК, 12,0% – хвороби підшлункової залози, 5,0% – хронічні гепатити, 4,2% – хвороби кишечника, 3,9% – жовчнокам'яна хвороба, 0,8% – цирози печінки.

Високі рівні поширеності хвороб органів травлення в м. Києві зумовлені високими рівнями поширеності та захворюваності на холецистит і холангіт, поширеність яких в м. Києві складає 8991,6 на 100 тис. дорослого населення, що є найвищим в країні та в 2,3

разу перевищує середній по Україні показник (3942,7 на 100 тис. дорослого населення), показник захворюваності на холецистит, холангіт (632,2) також є одним із найвищих та в 2,1 разу перевищує середній по Україні (304,5 на 100 тис. населення) показник. В м. Києві зареєстровані найвищі показники поширеності та захворюваності на хвороби підшлункової залози – 4683,5, що у 2,1 разу вище, ніж в середньому в Україні (2217,8 на 100 тис. населення). Показник захворюваності 363,1 в 1,63 разу перевищує середнє по Україні значення (223,1 на 100 тис. дорослого населення). Поширеність хвороб кишкового та очеревини (1431,4) в м. Києві в 1,8 разу перевищує середнє по Україні значення (779,7 на 100 тис. дорослого населення), що разом із високим показником захворюваності (251,0 при середньому по Україні 181,7 на 100 тис. дорослого населення) створює передумови для подальшого росту рівня поширеності цієї нозології.

Високі показники захворюваності та поширеності хвороб органів травлення реєструються у Київській та Черкаській областях. Так, відносно високий показник поширеності цього класу хвороб виявлено в Київській області (22 048,0 на 100 тис. дорослого населення), що в 1,2 разу перевищує середньоукраїнський показник і зумовлений високим рівнем поширеності: гастритів та дуоденітів (6192,9, при середньому 4529,4 на 100 тис. дорослого населення), хронічних гепатитів (1013,0 при середньому 916,6), холециститів, холангітів (7037,5 при середньому 3942,7, перевищення в 1,8 разу), відносно високими рівнями поширеності хвороб підшлункової залози (2382,5 при середньому по Україні 2217,8) та виразки шлунка та ДПК (2990,7 при середньому в Україні 2780,9 на 100 тис. дорослого населення). Показник поширеності хвороб органів травлення в Черкаській області складає 23008,7, що в 1,2 разу перевищує середній по Україні показник, і зумовлений високими рівнями поширеності: гастритів та дуоденітів (6282,8, перевищення середньоукраїнського показника в 1,4 разу), хвороб кишкового та очеревини (1156,6 проти 779,7 по Україні, перевищення в 1,5 разу), хронічного гепатиту (1485,9 проти 916,6 по Україні, перевищення в 1,6 разу), відносно високими рівнями поширеності холециститу, холангіту (4932,6 при середньому в Україні 3942,7), виразки шлунка та ДПК (3069,2 при середньому по Україні 2780,9 на 100 тис. дорослого населення).

Перевищують середні показники по Україні значення поширеності хвороб органів травлення серед дорослого населення Закарпатської та Чернівецької областей, одними з найвищих є показники поширеності хвороб органів травлення у Вінницькій та Одеській областях. Для Закарпатської, Одеської та Хмельницької областей характерним є високий рівень поширеності цирозів печінки (224,5, 278,7, 259,4 відповідно при середньому в Україні 145,9 на 100 тис. дорослого населення). Показники захворюваності на цирози печінки в Одеській (63,9) та Хмельницькій (54,1) областях майже удвічі перевищують середній по Україні 32,8 на 100 тис. дорослого населення, що в перспективі може призвести до зростання поширеності цирозів печінки в цих областях. Показники поширеності хвороб кишкового та очеревини в Одеській області є одними з найвищих в Україні (поширеність 1729,0 при середньому по Україні 779,7; захворюваність 314,3 при середньому по Україні 181,7 на 100 тис. дорослого населення), що також може призвести до подальшого росту цієї патології в регіоні. В Закарпатській та Одеській області одними з найвищих є рівні поширеності холециститів та холангітів (4121,7 та

4454,7 відповідно, при середньому по Україні 3942,7 на 100 тис. дорослого населення). Хвороби підшлункової залози мають найвищі рівні поширеності та захворюваності (переважання відносно середнього по Україні значення в 1,7 разу) в Одеській області (поширеність 3682,0 при середньому по Україні 2217,8, захворюваність 360,0 при середньому 223,1 на 100 тис. дорослого населення).

Таким чином, хвороби органів травлення найбільше поширені в Одеській, Вінницькій областях та на території центрального економічного регіону (м. Київ, Київська та Черкаська області).

Третє місце в структурі захворюваності і четверте в структурі поширеності серед дорослого населення України посіли хвороби сечостатевої системи. Найвищими рівні поширеності хвороб сечостатевої системи в 2009 р. зареєстровані в м. Києві (18 271,6) та Дніпропетровській області (16 375,9 на 100 тис дорослого населення), що при так само найвищих показниках захворюваності (8115,3 та 8607,0 при середньому в Україні 5021,0 на 100 тис. дорослого населення) свідчить про майбутню тенденцію росту цієї патології. Для Полтавської області характерними є високі показники поширеності та захворюваності на гострий та хронічний гломерулонефрити. Так, показники поширеності та захворюваності на гострий гломерулонефрит серед дорослого населення Полтавської області в 4 рази перевищують середньоукраїнські значення, а поширеність хронічного гломерулонефриту (147,1) в 1,9 разу перевищує середнє по Україні значення (78,0 на 100 тис. населення), захворюваність на хронічний гломерулонефрит (9,1) в Полтавській області у понад двічі перевищує середній по Україні показник.

У Дніпропетровській області найвищими серед хвороб сечостатевої системи є показники поширеності інфекцій нирок (3303,1 при середньому в Україні 1748 на 100 тис. дорослого населення) та хронічних пієлонефритів (3169,4 при середньому в Україні 1618,1 на 100 тис. дорослого населення). В м. Севастополі камені нирок та сечоводів виявляються удвічі частіше, ніж в середньому по Україні (поширеність – 1514,8, захворюваність 258,6 на 100 тис. дорослого населення). У понад двічі частіше, ніж в середньому по Україні, цистити зустрічаються в м. Києві та Чернівецькій області – 1227,6 та 1177,5 відповідно при середньому по Україні 559 на 100 тис. дорослого населення.

Для м. Києва характерними є найвищі рівні поширеності новоутворень (6317,7 проти середнього по Україні 4620,8) та захворюваності на новоутворення (1479,8 при середньому по Україні 1007,8 на 100 тис. дорослого населення). Високими є рівні поширеності та захворюваності на новоутворення в м. Севастополі (поширеність 5889,3, захворюваність 1140,4), Харківській (поширеність 5477,0, захворюваність 1450,9), Миколаївській (поширеність 5382,7, захворюваність 1063,8) та Сумській (поширеність 5321,5, захворюваність 1022,3) областях. У Дніпропетровській області, як і в інших економічно розвинутих регіонах України, спостерігається стала тенденція до зростання онкологічної патології серед населення. Захворюваність населення області на новоутворення в 2009 р. склала 1348,1 на 100 тис. населення. У структурі онкологічної захворюваності населення області перше місце посідають злоякісні новоутворення органів травлення, друге – органів дихання, третє – молочної залози.

Для Вінницької та Закарпатської областей характерними є високі рівні поширеності (14 066,7 та 13 132,8 відповідно при середньому по Україні 7893,4 на 100 тис. дорослого населення) та захворюваності на хвороби ендокринної системи, розлади харчування – 1615,4 та 1370,9 відповідно при середньому в Україні 893,3 на 100 тис. дорослого населення, що свідчить про подальшу перспективу зростання цієї патології в означених регіонах.

Важливою проблемою здоров'я населення залишається цукровий діабет, ускладнення якого є однією з провідних причин інвалідизації та смертності. Найвищі рівні поширеності цукрового діабету за підсумками 2009 р. зареєстровані в Хмельницькій (4250,6), Чернівецькій (4219,7), Черкаській (4120,5) областях та м. Києві (3682,4) при середньому по Україні 3111,3 на 100 тис. дорослого населення. Ожирінням найбільше страждають дорослі люди Вінницької (4926,5) та Закарпатської (2033,4) областей при середньому по Україні значенні 1067,3 на 100 тис. дорослого населення.

За рівнем поширеності хвороб крові та кровотворних органів в м. Севастополі (3973,1), Вінницькій (3447,0) та Хмельницькій (2929,8) областях показники утричі перевищують середні по Україні значення 1168,3 на 100 тис. дорослого населення. Показники поширеності анемій в цих регіонах (3954,9, 3358,7 та 2870,8 відповідно), в тому числі залізодефіцитних (3711,7, 3234,9 та 2813,7 відповідно), перевищують середні в Україні показники більше ніж в 3,0 рази. Показник поширеності апластичних анемій в м. Севастополі в 2,7 разу перевищує середнє по Україні значення. При середньому в Україні значенні поширеності імунодефіцитних станів 9,5 на 100 тис. дорослого населення в Львівській (79,6) області цей показник перевищено в 8,4 разу, в Івано-Франківській (39,7) та Полтавській (39,6) областях – в 4,2 разу.

Для Вінницької області характерними є високі показники поширеності (7719,8) та захворюваності (3170,6) на хвороби нервової системи, що в 1,7 та в 2,2 разу відповідно перевищують середні по Україні значення (поширеність – 4574,7, захворюваність – 1518,7 на 100 тис. дорослого населення). Високими залишаються рівні поширеності хвороб нервової системи у Волинській (7645,4) та Київській (6481,7) областях. Найвищий показник поширеності хвороб нервової системи в м. Києві (8423,6), що в 1,84 разу перевищує середнє по Україні значення. В м. Києві хвороба Паркінсона зустрічається в 1,9 разу частіше, ніж в інших регіонах, а поширеність вегетосудинної дистонії (4100,7) в 2,5 разу перевищує середнє в Україні значення (1669,4 на 100 тис. дорослого населення).

Рівень поширеності розсіяного склерозу в Тернопільській області (102,5) удвічі перевищує середній в Україні показник (50,9 на 100 тис. дорослого населення). Показники захворюваності та поширеності епілепсії утричі перевищують середні по Україні у Волинській області. Високою залишається поширеність (185,3) та захворюваність (10,8) на епілепсію у Закарпатській області.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в 12 регіонах України перевищують середнє в Україні значення (4995,5 на 100 тис. дорослого населення). Найвищою поширеність розладів психіки та поведінки була в 2009 р. в Херсонській (6302,9), Луганській (5850,5), Хмельницькій (5827,2), Донецькій (5549,8), Кіровоградській (5327,8) областях, АР Крим (5330,8) та м. Севастополі (5101,3 на 100

тис. дорослого населення). Насторожують високі рівні захворюваності на розлади психіки та поведінки в АР Крим (751,7), м. Севастополі (667,8) та Київській області (609,7) при середньому по Україні значенні 412,0 на 100 тис. дорослого населення.

Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників відіграють важливу роль у формуванні громадського здоров'я і являють собою важливу медико-соціальну проблему. У загальній структурі захворюваності населення України третє місце займають хвороби цього класу, становлячи 7,34% від усієї захворюваності. Серед дорослого населення питома вага захворюваності за цим класом становить 8,0% (7,99%). В 2009 р. найвищі рівні захворюваності зареєстровані в м. Києві (6956,4), Київській (6016,0), Чернігівській (5943,2), Хмельницькій (5307,0), Житомирській (5330,3), та Рівненській (5283,5) областях (при середньому в Україні значенні 4575,5 на 100 тис. дорослого населення). Найменша кількість травм, отруєнь та інших наслідків дії зовнішніх чинників зареєстрована в Чернівецькій (2381,9), Львівській (3261,4) та Тернопільській (3248,4) областях. Лідерами за поширеністю травм, отруєнь та деяких інших наслідків залишаються м. Київ (7332,5) та Київська область (6237,8), показники яких в 1,5 та в 1,3 разу перевищують середній по Україні показник – 4890,3 на 100 тис. дорослого населення.

Таким чином, існують регіональні відмінності стану здоров'я дорослого населення України. Найнебезпечнішим для здоров'я виявляється проживання в *Центральному економічному регіоні* (м. Київ, Київська, Черкаська області). Серед дорослого населення м. Києва виявлено:

- найвищі рівні захворюваності та поширеності усіх хвороб серед дорослого населення України;
- найвищі рівні захворюваності та поширеності хвороб органів дихання, зокрема поширеність хронічного риніту, назофарингіту в 2,7 разу перевищує середнє в Україні значення, поширеність гострого ларингіту та трахеїту – в 2,76 разу, хронічних хвороб мигдаликів та аденоїдів – в 1,9 разу, хронічного бронхіту – в 1,5 разу, алергічного риніту та бронхіальної астми – в 1,3 разу;
- найвищі рівні поширеності хвороб органів травлення, зокрема холециститу та холангіту – в 2,3 разу перевищує середній по Україні показник, захворюваність на холецистит та холангіт в 2,1 разу перевищує середнє по Україні значення, показники поширеності та захворюваності на хвороби підшлункової залози в 2,1 разу та в 1,63 разу перевищують відповідні середні по Україні значення, поширеність хвороб кишечника та очеревини в 1,8 разу перевищує середнє по Україні значення;
- найвищі рівні захворюваності та поширеності хвороб сечостатевої системи (перевищують в 1,8 та 1,6 разу відповідно середні по Україні значення), зокрема цистити – у 2,2 разу, ерозія та ектропіон шийки матки – в 1,4 разу перевищують середні по Україні показники;
- найвищий рівень поширеності новоутворень – в 1,4 разу перевищує середнє по Україні значення;
- високий рівень поширеності цукрового діабету – в 1,2 разу перевищує середнє по Україні значення;

– найвищий показник поширеності хвороб нервової системи – в 1,84 разу перевищує середнє по Україні значення, зокрема хвороба Паркінсона – в 1,9 разу, поширеність вегетосудинної дистонії – в 2,5 разу;

– найвищий показник захворюваності на травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників – в 1,52 разу перевищує середнє по Україні значення.

Для Київської та Черкаської області характерні високі рівні поширеності хвороб системи кровообігу (в 1,1 разу перевищують середні в Україні значення), вторинної гіпертензії та високий рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда серед дорослого населення Черкаської області (в 2,7 разу та 1,2 разу відповідно перевищують середні в Україні значення), середні рівні поширеності хвороб органів дихання. Високий рівень поширеності хвороб органів травлення в Черкаській області (в 1,25 разу перевищує середнє в Україні значення) зумовлений високими рівнями поширеності: гастритів та дуоденітів (6282,8, перевищення середньоукраїнського показника в 1,4 разу), хвороб кишечника та очеревини (1156,6 проти 779,7 по Україні, перевищення в 1,5 разу), хронічного гепатиту (1485,9 проти 916,6 по Україні, перевищення в 1,6 разу), відносно високими рівнями поширеності холециститу, холангіту (4932,6 при середньому в Україні 3942,7), виразки шлунка та ДПК (3069,2 при середньому по Україні 2780,9 на 100 тис. дорослого населення). У Черкаській області виявлено один із найвищих показників поширеності цукрового діабету. Поширеність розладів психіки та поведінки в Київській області в 1,5 разу перевищує середній в Україні показник. Поширеність травм та отруєнь в Київській області в 1,3 разу перевищує середній по Україні показник.

При аналізі особливостей поширеності хвороб *областей Східного економічного регіону* (Полтавської, Сумської та Харківської) та *Донецького економічного регіону* (Донецька та Луганська області) виявлено, що в Полтавській області зареєстровано переважання в 1,2 разу середнього по Україні показника поширеності хвороб системи кровообігу, високий рівень поширеності вторинної гіпертензії (в 2,1 разу перевищує середнє по Україні значення), високий рівень поширеності ревматизму (в 1,6 разу перевищує середнє по Україні значення); високий рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда (в 1,3 разу перевищує середнє по Україні значення). Для цієї ж області характерними є високі показники поширеності та захворюваності на гострий та хронічний гломерулонефрити: показники поширеності та захворюваності на гострий гломерулонефрит в 4 рази перевищують середньоукраїнські значення, а поширеність хронічного гломерулонефриту (147,1) в 1,9 разу перевищує середнє по Україні значення (78,0 на 100 тис. населення), захворюваність на хронічний гломерулонефрит (9,1) у понад двічі перевищує середній по Україні показник. В Полтавській області високою є поширеність імунодефіцитних станів (в 4,2 разу перевищує середнє по Україні значення).

Особливістю стану здоров'я населення Харківської області є високі рівні захворюваності та поширеності гострого ларингіту та трахеїту (в 1,7 разу перевищують середні по Україні значення), високі рівні захворюваності та поширеності алергічного риніту (в 2 рази перевищують середні по Україні значення), висока питома вага хронічної патології органів дихання (більше 27%), відносно високий рівень поширеності хвороб органів травлення (в 1,2 разу перевищує середнє по Україні значення), високі рівні поширеності та захворюваності на новоутворення (в 1,1 та 1,4 разу відповідно).

Особливістю стану здоров'я населення Донецької та Луганської областей були відносно невисокі рівні захворюваності та поширеності хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, системи кровообігу та відносно високі рівні поширеності розладів психіки та поведінки (в 1,4 разу вищі, ніж в середньому по Україні).

Аналіз особливостей поширеності хвороб *Придніпровського економічного регіону* (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська області) виявив, що в Дніпропетровській області є досить високими показники захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення (в 1,2 та 1,3 разу перевищують середні по Україні значення), в структурі поширеності хвороб системи кровообігу серед дорослого населення Дніпропетровської області рівень вторинної гіпертензії в 1,9 разу перевищує середні по Україні значення. Високий рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда характерний як для Дніпропетровської, так і для Кіровоградської областей (в 1,3 разу та 1,4 разу відповідно перевищують середні в Україні значення), рівні поширеності хвороб системи кровообігу серед дорослого населення в Кіровоградській області поєднуються з нижчими, ніж в середньому по Україні, показниками захворюваності, що може свідчити про низьку активність звернень громадян, погану доступність медичної допомоги. Поширеність хвороб органів дихання в Дніпропетровській області в 1,25 разу перевищує середній в Україні показник, характерні високі рівні захворюваності та поширеності алергічного риніту (263,6 та 642,7 на 100 тис. дорослого населення відповідно), висока питома вага хронічної патології органів дихання (більше 23%). Поширеність хвороб сечостатевої системи в 1,6 разу перевищує середні по Україні значення. В Дніпропетровській області найвищими серед хвороб сечостатевої системи є показники поширеності інфекцій нирок (3303,1 при середньому в Україні 1748 на 100 тис. дорослого населення) та хронічних пієлонефритів (3169,4 при середньому в Україні 1618,1 на 100 тис. дорослого населення). У Дніпропетровській області, як і в інших економічно розвинутих регіонах України, спостерігається стала тенденція до зростання онкологічної патології серед населення. Захворюваність населення області на новоутворення в 2009 р. становила 1348,1 на 100 тис. населення. У структурі онкологічної захворюваності населення області перше місце посідають злоякісні новоутворення органів травлення, друге – органів дихання, третє – молочної залози. У Кіровоградській області виявлена відносно висока поширеність розладів психіки та поведінки (в 1,1 разу вища за відповідні середні по Україні значення).

Аналіз особливостей поширеності хвороб *Причорноморського економічного регіону* (Одеська, Миколаївська, Херсонська області, АР Крим, м. Севастополь) показав, що у всіх регіонах, крім м. Севастополь, рівні захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу є середніми, лише серед населення м. Севастополь показник поширеності хвороб системи кровообігу є високим (в 1,22 разу перевищує середній по Україні показник), а рівень захворюваності на гострий інфаркт міокарда в 1,4 разу перевищує середній по Україні показник. В Одеській області поширеність флебітів, тромбофлебітів, варикозного розширення вен в 1,4 разу перевищує середній по Україні показник.

Для причорноморських областей характерні позитивно низькі рівні поширеності хвороб органів дихання майже за всіма нозологіями, найнижчі показники поширеності хвороб органів травлення зареєстровані в АР Крим.

Аналіз особливостей поширеності хвороб у *Подільському економічному регіоні* (Вінницька, Тернопільська, Хмельницька області) показав, що у Вінницькій області поширеність хвороб системи кровообігу в 1,1 разу перевищує середній по Україні показник, поширеність вторинної гіпертензії в 3,25 разу перевищує середній по Україні показник, поширеність флебітів, тромбофлебітів, варикозного розширення вен в 2,2 разу перевищує середній по Україні показник. Для Тернопільської та Хмельницької областей характерні невисокі рівні поширеності хвороб органів дихання, для Вінницької області характерна відносно висока поширеність хвороб органів травлення та висока захворюваність на хвороби ендокринної системи та розлади харчування, поширеність хвороб крові та кровотворних органів (в 1,3 разу, 1,8 разу та 2,95 разу відповідно перевищують середні по Україні показники). У Хмельницькій області виявлений високий рівень захворюваності на цирози печінки (в 2 рази перевищує середній по Україні показник). Рівень поширеності розсіяного склерозу в Тернопільській області (102,5) в 2 рази перевищує середній в Україні показник (50,9 на 100 тис. дорослого населення). Найменша кількість травм, отруєнь та деяких інших наслідків зареєстрована у тому числі і в Тернопільській (3248,4) області.

Аналіз особливостей поширеності хвороб *Карпатського економічного регіону* (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька області) показав, що в Чернівецькій області відносно високим є показник поширеності хвороб системи кровообігу, зокрема поширеність ревматизму в 1,7 перевищує середні по Україні значення. Для Львівської та Івано-Франківської області характерними є високі рівні поширеності хвороб органів дихання (в 1,5 та 1,3 разу перевищують середні по Україні показники), зокрема рівні поширеності гострого фарингіту та гострого тонзиліту в цих областях є найвищими. Для Закарпатської області характерний високий рівень поширеності хвороб органів травлення, хвороб ендокринної системи та розладів харчування, зокрема високою є поширеність цирозів печінки (в 1,5 разу перевищує середні по Україні значення), поширеність ожиріння (в 1,9 разу перевищує середні по Україні значення).

Аналіз особливостей поширеності хвороб *Подільського економічного району* (Волинська, Житомирська, Рівненська та Чернігівська області) виявив, що в Чернігівській області відносно високим є рівень поширеності ревматизму (в 1,5 разу перевищує середнє по Україні значення). Найвищі показники захворюваності та поширеності інсульту спостерігаються в Чернігівській (385,6) і Волинській (375,0) областях, що при середньому по Україні значенні 280,2 на 100 тис. дорослого населення зумовлює зростання питомої ваги показників захворюваності та поширеності інсульту у структурі захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу у цих регіонах. Високими залишаються рівні поширеності хвороб нервової системи у Волинській області, зокрема рівні захворюваності та поширеності епілепсії в 3 рази перевищують середні по Україні значення.

Таким чином, збереження тенденції до зростання поширеності та захворюваності населення України, з наявними значними регіональними розбіжностями, в умовах скорочення чисельності населення та поступового постаріння трудоактивного контингенту в Україні ще більше загострюють існуючу складну та різноманітну в регіонах

медико-демографічну ситуацію. На макрорівні стан здоров'я дорослого населення є одночасною об'єктивною передумовою і наслідком майбутніх економічних успіхів держави, області, району тощо, тому будь-які економічні реформи в Україні не можуть забезпечити нову якість економічного зростання в умовах, коли значна частина населення хвора і третина з нього не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років).

2.15. Сучасні профілактичні стратегії в охороні здоров'я

Здоров'я справедливо посідає особливе місце у системі людських цінностей, усвідомлюється як неоціненне благо, умова існування і реалізації індивідуальної програми, складова щастя та добробуту. Громадське здоров'я є основою сталого розвитку суспільства, запорукою його прогресу у різнобічних сферах діяльності.

На межі III тисячоліття значущість здоров'я суттєво переосмислюється з огляду на розуміння його як невід'ємного права, з точки зору існуючих загроз та викликів, сучасних вимог до якості здоров'я, технологічних і фінансових можливостей його забезпечення. Як зазначається в Талліннській хартії, системи охорони здоров'я для здоров'я та благополуччя здоров'я не тільки є великою самостійною цінністю, але також завдяки своєму впливу на економічний розвиток, конкурентоздатність і продуктивність праці, сприяє добробуту та соціальному благополуччю.

Відомо, що охорона здоров'я є не тільки споживачем ресурсів, але й забезпечує виробництво ресурсів, різноманітних благ, тобто робить інвестиції в розвиток людського капіталу. Зважаючи на це, питання збереження і зміцнення здоров'я набувають в сучасних умовах особливої актуальності. Існує реальна потреба у пошуку і впровадженні ефективних стратегій запобігання виникненню порушень здоров'я та зміцнення потенціалу здоров'я. Перед системами охорони здоров'я стоять завдання набагато більші, ніж надання медичної допомоги, вони передбачають попередження хвороб та інших розладів здоров'я, зміцнення здоров'я і сприяння тому, щоб питання охорони здоров'я знаходили своє відображення в політиці інших секторів суспільства.

Найбільш ефективним шляхом збереження і зміцнення здоров'я населення є профілактика. Особлива увага до питань профілактики обумовлена тим, що вона завжди обходилася людству дешевше, ніж лікування, а профілактичні заходи дозволяли не тільки економити фінансові ресурси, але й, що надзвичайно важливо, уникати або суттєво скорочувати значні незворотні людські втрати.

Особливості і тенденції громадського здоров'я початку XXI ст. обумовлено глобалізацією, інтеграцією, інтенсифікацією, високою мобільністю, соціально-політичними конфліктами, кліматичними змінами, частими катаклізмами техногенного і природного походження тощо. Вони характеризуються збільшенням глобального тягаря хвороб, пандемічним поширенням нових збудників захворювань, включаючи пташиний і свинячий грип, атипову пневмонію, епідемією хронічних неінфекційних хвороб, високими рівнями травматизму тощо. Нове сучасне розуміння ціни здоров'я і життя, надання доступної і якісної медичної допомоги та зростаючі потреби в ресурсах охорони здоров'я обумовлюють при зміні парадигми охорони здоров'я необхідність зміни пріоритетів.

В умовах нових викликів для громадського здоров'я, глобальної економічної кризи та обмеженості ресурсів в усіх сферах, у т.ч. в охороні здоров'я, питання профілактики набувають особливої актуальності.

Міжнародний, європейський та національний досвід застосування профілактичних програм та використання профілактичних технологій свідчать про їх високу ефективність. Так, широке впровадження вакцинації та імунізації дозволило викоринити у світовому масштабі натуральну віспу, практично ліквідувати поліомієліт, суттєво скоротити захворюваність на інші інфекції, керовані засобами імунопрофілактики. Завдяки вчасно вжитим багатьма країнами профілактичним заходам, координаційній діяльності ВООЗ, тісній співпраці з Глобальною мережею оповіщення про спалахи хвороб вдалося швидко ідентифікувати і подолати тяжкий гострий респіраторний синдром.

Цілеспрямований вплив на керовані чинники ризику дозволив попередити значне число хвороб, а своєчасне та якісне лікування – їх ускладнення. Міжнародний, європейський та національний досвід застосування профілактичних програм і використання профілактичних технологій свідчать про їх високу медико-соціальну та економічну ефективність. Однак попри незаперечні докази величезної ролі профілактики в попередженні розладів здоров'я, вона ще не стала справжнім пріоритетом у діяльності систем охорони здоров'я. Сьогодні на попередження медико-соціальних та економічних збитків, на зміцнення здоров'я і профілактику виділяється відносно невелика частина бюджету охорони здоров'я. Служби охорони здоров'я залишаються орієнтованими переважно на лікування, а не на профілактику. Можливості профілактики залишаються не реалізованими. «Сьогодні існує серйозна проблема майже повного нехтування профілактичними заходами, в той час, коли згідно з оцінками ВООЗ, за їх допомогою можна попередити близько 70% глобального тягаря хвороб», – зазначає Генеральний директор ВООЗ Маргарет Чен.

Для ефективної протидії сучасним загрозам для громадського здоров'я необхідне формування і зміцнення національного базового потенціалу, здатного забезпечувати ефективне виявлення хвороб, адекватне реагування на нові виклики і загрози, проведення інвестицій в національну систему охорони здоров'я, розширення міжнародного співробітництва в надзвичайних ситуаціях в охороні здоров'я. Прогнозування потенційних ризиків та їх попередження є одним з найважливіших компонентів планування дій системи охорони здоров'я, а їх профілактичний вектор є визначальним.

Кризові явища у світовій економіці ускладнюють роботу національних систем охорони здоров'я щодо збереження здоров'я, надання доступних і якісних медичних послуг населенню відповідно до сучасних стандартів, норм і цінностей з їх конкретною часовою прив'язкою.

Системи охорони здоров'я відчувають серйозні проблеми і труднощі щодо стабільності їх функціонування та ресурсної, в т.ч. фінансової, забезпеченості. У зв'язку з цим деякі фахівці прогнозують у найближчому майбутньому можливу нежиттєздатність і навіть крах багатьох систем охорони здоров'я у разі неприйняття своєчасних, оперативних і адекватних заходів щодо їх масштабної модернізації.

На вдосконалення систем охорони здоров'я, формування основ майбутньої адекватної моделі(ей) націлює ряд стратегічних і програмних документів ВООЗ, включаючи Талліннську хартію, Бангкокську хартію, резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ) та ін.

У зв'язку з необхідністю вдосконалення систем охорони здоров'я в більшості країн світу здійснюються різнопланові реформи. Багато країн перебувають у пошуку шляхів адаптації до нових умов, визначення нових принципів і базових цінностей, сучасних механізмів забезпечення ефективної роботи, відповідності результатів діяльності очікуванням пацієнтів. Широко відомі реформаторські зміни в національних системах охорони здоров'я, започатковані свого часу прем'єр-міністром Великобританії Маргарет Тетчер, її наступником Тоні Блером, канцлером Німеччини Ангелою Меркель, або проголошені Президентом США Бараком Обамою. Даній проблемі буде присвячено Перший глобальний симпозіум з питань досліджень систем охорони здоров'я, проведення якого планується в листопаді 2010 р. у м. Монтре, Швейцарія.

З огляду на загальносвітові тенденції суспільного здоров'я, реальні можливості систем охорони здоров'я щодо його охорони і зміцнення, існуючі проблеми та виклики, а також недооцінку профілактики головним чином на державному рівні, надзвичайно актуальним і своєчасним є створення та реалізацію нової стратегії тотальної профілактики в охороні здоров'я і громадському здоров'я та розгляд її, передусім, як соціальної профілактики, з широких державних міжвідомчих позицій, а не у вузьковідомчому розумінні медичної профілактики. Необхідність такого підходу обумовлена величезними втратами економічних і людських ресурсів внаслідок захворювань, інвалідності та смертності, яким можливо запобігти шляхом здійснення системних міжгалузевих медико-соціальних профілактичних заходів державного характеру. Прикладом цього є високі показники травматизму зі смертельними наслідками у вугільній промисловості через порушення техніки безпеки, неналежних умов праці, низького рівня контролю з боку санітарно-технічних і медичних служб; значні рівні дорожньо-транспортного травматизму, зумовлені недосконалим законодавством, недотриманням правил безпеки, низькою якістю дорожньої інфраструктури тощо; авіакатастрофи, викликані неналежним станом авіаційної техніки, прорахунками в роботі диспетчерських служб; антропогенні катастрофи, стихії, лиха тощо. Вказані причини, запізнілі та неадекватні дії з мінімізації їх наслідків призводять до частих трагедій, надзвичайних ситуацій, великих руйнувань і, як правило, до значного числа людських жертв, створюючи не тільки прямі втрати, а й величезні непрямі збитки фінансово-економічного характеру, які згодом лягають важким тягарем на економіку країн та власне на систему охорони здоров'я.

Значною загрозою для здоров'я населення є невисокий рівень моральної культури деяких прошарків суспільства, порушення морально-етичних норм у роботі засобів масової інформації, громадських та державних структур, часом навіть агресивне нав'язування «негативної» моралі, особливо серед дітей та молоді. Про це свідчать широке рекламування алкогольних напоїв, демонстрація на телебаченні, у друкованих виданнях, засобах зовнішньої реклами актів насильства, прикладів «нездорової» поведінки людей, що сприяє формуванню у молоді хибних ідеалів, спотвореного уявлення

про успішність, поширенню чинників ризику здоров'я і прояву їх наслідків не тільки в реальному часі, але й у майбутньому.

Зазначені чинники, як і інші недоліки в роботі багатьох служб, створюють умови для виникнення надзвичайних подій різного характеру, що негативно відбивається на показниках здоров'я населення та економіки країн. Їх попередження і мінімізація заподіяної ними шкоди можливі у разі використання системи профілактичних міжгалузевих, міжсекторальних і комплексних соціальних заходів на державному рівні. Витрати на заходи з порятунку людей, їх лікування, реабілітації, виплати по догляду, інвалідності, компенсації збитків тощо в багато разів перевищують витрати на профілактичні соціальні заходи щодо недопущення аварійних ситуацій, руйнувань, спалахів хвороб, асоціальних проявів, що викликають негативні зміни суспільного здоров'я. Все це підтверджує високу актуальність і потребу в переході від медичної до соціальної профілактики в охороні здоров'я та громадському здоров'ї.

Завпровадження профілактичних засад в охороні здоров'я на національному та міжнародному рівні показало їх високу результативність. Це стало підставою для поширення профілактичного напрямку в медичній сфері у багатьох країнах світу. Так, застосування ВООЗ профілактичного напрямку у вирішенні проблем інфекційних хвороб, успіхи у подоланні натуральної віспи, поліомієліту, лепри, гострого тяжкого респіраторного синдрому, скороченні захворюваності на онхоцеркоз, дракункульоз, ряд хвороб, що керуються засобами імунпрофілактики, яскраво підтвердило результативність та ефективність профілактики. Завдяки профілактичним заходам, ініційованим, організованим та координованим ВООЗ, вдалося попередити мільйони випадків смертей, інвалідності тощо. Економічна ефективність профілактичних програм є надзвичайно високою. Наприклад один долар, вкладений у вакцинацію проти кору, дає прибуток у розмірі 11,9 дол. США, при імунізації проти поліомієліту – 10,3 дол. США, паротиту – 6,7 дол. США, краснухи – 7,7 дол. США, зекономлених на лікуванні цих захворювань.

Зі зміною домінуючого типу патології з інфекційного на неінфекційний, що характеризується спільністю багатьох чинників ризику, у багато разів зростає значущість профілактичного вектору в охороні здоров'я. Адже попередження чи скорочення поширеності декількох чинників ризику дозволяє суттєво зменшити захворюваність на соціально значущі та соціально небезпечні хвороби, що доведено досвідом багатьох країн.

Аналіз тягаря хвороб у Європі, проведений з використанням показника DALY, свідчить, що майже 60% загального тягаря хвороб у даному регіоні ВООЗ припадає на сім провідних чинників ризику: на високий кров'яний тиск (12,8%), тютюн (12,3%), алкоголь (10,1%), підвищений рівень холестерину у крові (8,7%), надмірну масу тіла (7,8%), недостатнє споживання фруктів і овочів (4,4%), малорухливий спосіб життя (3,5%). Кожен з цих чинників пов'язаний, принаймні, з двома провідними захворюваннями. Натомість кожне з провідних захворювань пов'язане з двома та більше чинниками ризику. Більшість захворювань мають багатофакторну етіологію і розвиваються в результаті складної взаємодії між індивідуумами та середовищем їх існування під впливом визначальних детермінант, а також залежать від можливостей зміцнення здоров'я та зменшення вразливості стосовно чинників ризику.

В умовах епідеміологічного переходу від інфекційного до неінфекційного типу патології в середині ХХ ст. значущість перерахованих чинників ризику суттєво зростає. Найбільш важливими причинами тягаря хвороб в країнах Європейського регіону ВООЗ є неінфекційні захворювання (77,0%), травми та отруєння (14,0%) та інфекційні захворювання (9,0%). В цілому неінфекційні захворювання стали причиною 86% з 9,6 млн смертей і 77% зі 150,3 млн DALYs. В основі цих хвороб лежить складна взаємодія поведінкових, генетичних, середовищних чинників, боротьба з якими потребує довгострокового планування і дієвої лікувально-профілактичної роботи. Використання профілактичних технологій дозволяє запобігти розвитку цих соціально значущих хвороб та їх поширенню.

В Україні провідними чинниками ризику, що формують глобальний тягар хвороб, у чоловіків є тютюнокуріння (20,2% DALY), зловживання алкоголем (18,3%), підвищений кров'яний тиск (13,9%), високий рівень холестерину (12,7%), недостатнє вживання фруктів та овочів (7,6%), високий індекс маси тіла (7,2%), недостатня фізична активність (4,9%), вживання наркотиків (4,1%), свинець (1,2%), небезпечний секс (1,1%). Серед жінок суттєву роль у формуванні тягаря хвороб відіграють підвищений кров'яний тиск (20,3%), високий рівень холестерину (16,6%), високий індекс маси тіла (11,4%), недостатнє вживання фруктів та овочів (8,6%), недостатня фізична активність (6,4%), алкоголь (4,3%), тютюн (3,0%), небезпечний секс (2,3%), наркотики (1,7%), дим у приміщеннях від згорання твердого палива (1,5%).

Ефективними діями зі зменшення поширеності серед населення хронічних неінфекційних хвороб є оподаткування тютюнових виробів або зменшення вмісту жиру, солі і цукру в готових харчових продуктах. Заходи, спрямовані на подолання зразу декількох чинників ризику на рівні населення, можуть привнести зміни в профілі чинників ризику, які, будучи незначними на індивідуальному рівні, зможуть зробити значний внесок у зменшення смертності на популяційному рівні. Впровадження в США наприкінці ХХ ст. цілеспрямованих заходів боротьби з АГ дозволило зменшити смертність від мозкових інсультів удвічі, від інфаркту міокарда – на 40%. Реалізація профілактичних програм в Японії забезпечила скорочення смертності від інсультів в 4 рази, у Німеччині – в 2 рази.

Запровадження проекту “Північна Карелія” у Фінляндії, який включав боротьбу з АГ, гіперхолестеринемією і тютюнопалінням, зменшило частоту смертності від ІХС серед чоловічого населення працездатного віку на 80%. За цей же період спостереження смертність від раку легень зменшилася на 60%. У Литві за рахунок зниження рівнів АТ, холестерину, індексу маси тіла і куріння за 10 років зменшилась загальна смертність від ІХС. Внаслідок скорочення поширеності основних чинників ризику серед жителів Ірландії віком 25–84 роки з 1985 р. по 2000 р. на 48,1% зменшилася смертність від ішемічної хвороби.

Сьогодні у більшості європейських країн реалізується низка національних профілактичних програм, спрямованих на боротьбу з провідними хворобами і чинниками їх ризику. З них 25 програм стосуються подолання тютюнокуріння, 20 – поліпшення харчування, 17 – підвищення фізичної активності, 17 – боротьби зі зловживанням алкоголю, 16 – скорочення АГ, 29 – діабету, 20 – хвороб серця, 14 –

інсульту, 23 – онкологічних захворювань, 10 – хронічних респіраторних захворювань. Їх проміжні результати підтверджують високу медико-соціальну та економічну ефективність.

Профілактичні програми та заходи, вжиті світовою спільнотою на міжнародному, регіональному та національному рівнях, дозволило досягти реальних зрушень в попередженні та зменшенні поширеності багатьох хвороб. Проте нові реалії сьогодення, нові чинники та загрози громадському здоров'ю вимагають обґрунтування і розробки ефективних профілактичних стратегій і програм, які б відповідали сучасним потребам, науковим досягненням та технологічним можливостям.

Методологічною основою концептуальних підходів до створення профілактичної стратегії в охороні здоров'я є теорія чинників ризику, закономірності та особливості формування громадського здоров'я та значний досвід впровадження профілактичного напрямку на міжнародному, європейському та національному рівнях.

В багатьох резолюціях ВАОЗ підкреслено необхідність утвердження профілактичного напрямку в охороні здоров'я, а в програмних документах ВООЗ, ЄРБ ВООЗ висвітлено механізми його реалізації.

Загальновизнано, що будь-яка стратегія зі зміцнення здоров'я населення повинна ґрунтуватися на широкому міжгалузевому підході і передбачати заходи в самій системі охорони здоров'я. В її основу необхідно закласти принципи положення стратегічних документів ВООЗ, зокрема Бангкокської хартії зі зміцнення здоров'я (2005 р.), Рамкової програми удосконалення систем охорони здоров'я (2000 р.). Основними напрямами профілактичних програм та заходів в охороні здоров'я мають стати інформаційно-роз'яснювальна робота, регулювання і фінансування, організація обслуговування, формування потенціалу, отримання і застосування знань, заснованих на доказах, підтримка на рівні громад.

Сучасний підхід до зміцнення здоров'я населення має поєднувати заходи, вжиті на верхніх і нижніх рівнях впливу на детермінанти здоров'я. Заходи, які впроваджуються на верхньому рівні, повинні включати в себе такі дії, які поряд з іншими цілями сприятимуть зміцненню здоров'я, зокрема перерозподіл податкових надходжень, підвищення якості житла і застосування стимулів, які заохочують до навчання. Заходи, які застосовуються на нижньому рівні впливу, включають безпосередні дії зі зміцнення здоров'я і первинної профілактики захворювань, часто спрямовані на поведінку і спосіб життя окремої людини. Стратегії можуть, наприклад, передбачати такі втручання, як програми консультування з питань раціону харчування і способу життя, реалізацію великомасштабних заходів боротьби з тютюнокурінням і алкоголем, контроль якості води і повітря, кампаній з вакцинації, законодавчі, адміністративні та інші заходи підвищення безпеки і профілактики нещасних випадків та травматизму.

При обґрунтуванні і виборі стратегій важливе значення має наявність інформації про дієвість та економічну ефективність запропонованих заходів, про найбільш ефективні організаційні структури і механізми фінансування. Кошти, які виділяються на цілі зміцнення здоров'я і громадської охорони здоров'я, як правило, є дуже незначними порівняно з їх потенціалом у зменшенні нездоров'я. Їх обсяги коливаються від 1%

витрат на медико-санітарну допомогу в Італії і Данії до майже 6% в Канаді. Це відображає обмеженість підтримки заходів з охорони і зміцнення здоров'я населення та низький рівень пріоритетності фінансування вказаних заходів. Тому особливої актуальності набувають питання досягнення того, щоб кошти, які виділяються на охорону і зміцнення здоров'я, не витратилися на інші цілі, а також проблеми подолання обмеженості сфери фінансової діяльності, тобто відомчих чи інших перешкод.

Для полегшення реалізації стратегій вагомим кроком є поліпшення зв'язку між тими, хто надає фактичні дані про позитивний ефект від певних заходів, та іншими зацікавленими сторонами, не тільки керівниками сектору охорони здоров'я, але й інших причетних секторів, зокрема фінансового, освітнього, між професійними постачальниками послуг, приватним сектором і населенням в цілому.

При виборі оптимальних стратегій збереження і зміцнення здоров'я доцільним є формування нових і використання наявних фактичних даних про дієвість та економічну ефективність окремих існуючих стратегій.

Критичний аналіз і порівняння, статистичне об'єднання інформації, отриманої з декількох досліджень, дозволяє зменшити ймовірність того, що якесь одне нерепрезентативне дослідження призведе до помилки в результатах будь-якого аналізу ефективності. Огляди високої якості можна отримати з декількох джерел, у т.ч. з бази даних Кокранівського та Кемпбелівського співробітництва, бази даних Спеціальної робочої групи зі служб профілактики США, державного та муніципального рівнів.

Посилити аргументи щодо доцільності вкладення коштів в заходи з охорони і зміцнення здоров'я населення допоможе економічна оцінка. Систематичне її застосування дозволяє визначити пріоритети як в системі охорони здоров'я, так і в інших секторах. Метод економічної оцінки, який широко застосовується в секторах охорони здоров'я, охорони навколишнього середовища і транспорту, є порівняльним аналізом способів дії з точки зору затрат і наслідків. Навіть коли відсутні дані про довгострокову результативність, в економічній оцінці можна використати методи моделювання для оцінки затрат і результатів в довгостроковій перспективі, або визначення того рівня дієвості, якого повинна досягти стратегія для того, щоб вважатися економічно ефективною. Серед методів економічної оцінки органами оцінки технологій в охороні здоров'я рекомендуються до застосування методи співвідношення затрат і корисності та затрат і результатів.

Реалізації можливих варіантів стратегій сприяє зміцнення бази фактичних даних та аналіз організаційної структури. Одним із способів вирішення питань є розширення компетенції відповідних інституціональних структур з оцінки вартості та ефективності технологій охорони здоров'я.

Досягти виділення ресурсів на охорону і зміцнення здоров'я населення і забезпечити узгодженість дій різних секторів можливо за різних схем управління. Варіантами таких схем є самостійні міністерства охорони і зміцнення здоров'я населення, міжвідомчі робочі органи і механізми організації партнерських стосунків та формування спільних бюджетів.

Для більш ефективної реалізації потрібні дії з поліпшення зв'язків і взаєморозуміння між науковцями та політиками, заходи з підвищення рівня обізнаності

про вплив на здоров'я усіх стратегій. Прискорити бажані зміни можуть механізми моніторингу реалізації стратегій в усіх секторах, планові показники з досягнення цілей у сфері охорони і зміцнення здоров'я.

Розроблені науковцями та фахівцями рекомендації, які лягли в основу низки стратегічних документів ВООЗ профілактичного спрямування, сприяють обґрунтуванню регіональних та національних програм щодо збереження та зміцнення здоров'я, профілактики захворювань і травм.

Одним з таких документів стала Європейська стратегія профілактики і боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями, яка окреслила концептуальні положення прийняття комплексного та інтегрованого підходу у цій сфері, що дозволяє одночасно удосконалити розробку і здійснення програм зміцнення здоров'я та профілактики захворювань на популяційному рівні; вести активну цільову профілактичну роботу з групами та особами з груп найбільшого ризику; забезпечити максимальне охоплення населення ефективними лікувально-профілактичними заходами паралельно із систематичною реалізацією стратегій і заходів, спрямованих на зменшення нерівності у здоров'ї.

Конкретні завдання стратегії полягають в тому, щоб забезпечити поєднання, з одного боку, комплексної роботи з усунення або зменшення впливу чинників ризику і їх детермінантів за участю всіх галузей і секторів, суспільства із зусиллями щодо зміцнення систем охорони здоров'я в цілях більш ефективної профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями – з іншого. Дана стратегія має стати основою для розробки сучасної національної стратегії профілактики і боротьби із захворюваннями, орієнтованої на інтегральні дії з усунення або зменшення чинників ризику виникнення захворювань і причин, що їх зумовлюють.

Інвестування в профілактику та боротьбу з чинниками ризику дозволить поліпшити якість життя і підвищити рівень здоров'я та добробуту людей. Найбільш ефективним шляхом реалізації цих завдань є застосування комплексного інтегрованого підходу.

ВООЗ рекомендує урядам, міністерствам, відповідальним за охорону здоров'я, займати провідну роль в розробці стратегій профілактики чинників ризику, підтримувати наукові дослідження, удосконалювати системи контролю та розширювати доступ до глобальної інформації.

Першочергову увагу необхідно приділяти формуванню ефективних профілактичних стратегій, спрямованих на чинники високого ризику для здоров'я – вживання тютюну, небезпечний секс, незбалансований харчовий раціон та ожиріння. При відзначенні черговості дій потрібно широко застосовувати аналіз ефективності затрат для визначення пріоритетних та прийнятних заходів. Доцільним є використання міжсекторального і міжнародного співробітництва для подолання зовнішніх чинників ризику для здоров'я та управління чинниками ризику, широкої просвітницької діяльності й інформування суспільства відносно чинників ризику. Необхідно дотримуватися збалансованості між діяльністю на рівні урядів, громад та окремих осіб, підтримувати реалізовані ними заходи зусиллями недержавних організацій, ЗМІ.

Важливими заходами в плані формування стратегії боротьби з чинниками ризику повинні стати їх оцінка та визначення контингенту осіб, які найбільшою мірою зазнають дії чинників ризику. Надзвичайно важливим є розуміння того, що лежить в основі деяких нездорових моделей поведінки, і чому одні заходи є більш прийнятними та адекватними, ніж інші. Сприйняття окремих чинників ризику може бути діаметрально протилежним у фахівців і представників громадськості. Суттєві відмінності можуть бути в кількісних і якісних оцінках чинників ризику, аналітичних підходах та емоційних реакціях. Заходи з послаблення дії чинників ризику необхідно планувати з урахуванням специфіки країн, груп населення, відмінностей в детермінантах здоров'я.

Найбільше від чинників ризику для здоров'я страждає населення бідних країн та незаможні прошарки населення у країнах з різним рівнем економічного розвитку. Більшість чинників ризику для здоров'я виявляється серед малозабезпечених груп населення, осіб з невисоким рівнем освіти і серед представників непрестижних професій. Завдяки вивченню стану здоров'я представників незаможних домогосподарств, впливу на нього чинників ризику, можна виробити найбільш прийнятні стратегії для їх подолання.

Стратегії досягнення прогресу у сфері боротьби з чинниками ризику вимагають збалансованого підходу між різними групами заходів. Основні елементи комплексних заходів повинні передбачати створення та зміцнення національних установ і закладів, які займаються здійсненням та оцінкою програм подолання чинників ризику, а також більш ефективно залучення до цієї діяльності інших причетних секторів суспільства, у т.ч. освітнього, фінансового, транспортного тощо. Особливої уваги потребують критерії вибору ключових чинників ризику, забезпечення необхідного співвідношення зусиль у сфері первинної, вторинної та третинної профілактики, облік не повністю досліджених чинників ризику, зміцнення наукової бази і врахування етичних наслідків різних програмних стратегій, у т.ч. їх впливу на нерівність різних груп населення у сфері охорони здоров'я.

Діяльність з усунення або зменшення впливу чинників ризику та їх детермінантів за участю усіх галузей і секторів суспільства у поєднанні із зусиллями щодо зміцнення систем охорони здоров'я з метою більш ефективної профілактики повинна ґрунтуватись на 6 основних принципах, викладених в Європейській стратегії ВООЗ профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями «Курс на оздоровлення». Вони включають проведення профілактики на всіх 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 в усіх секторах суспільства.

Врахування положень Бангкокської хартії зі зміцнення здоров'я, Рамкової програми удосконалення систем охорони здоров'я, Талліннської хартії дозволяє визначити узгоджені та взаємопосилюючі механізми і стратегії з подолання чинників ризику, профілактики хвороб і зміцнення здоров'я. Зокрема Бангкокська хартія зі зміцнення здоров'я націлює на проведення широкої інформаційно-роз'яснювальної діяльності в інтересах здоров'я на основі принципів дотримання прав людини і солідарності; інвестування в стійку політику, дії та інфраструктуру для поліпшення детермінантів здоров'я; нарощування потенціалу в таких сферах, як розробка політики, стратегічне управління, практична діяльність зі зміцнення здоров'я, поширення знань, проведення досліджень, підвищення грамотності в питаннях здоров'я; нормативно-правову діяльність для надійного захисту від шкідливого впливу і створення можливостей для забезпечення здоров'я та благополуччя для всіх; нарощування партнерських союзів з державними, приватними, недержавними і міжнародними організаціями, громадянським суспільством для втілення в життя профілактичних заходів.

Вказані стратегічні документи передбачають доцільність поєднання горизонтальних і вертикальних напрямів у профілактичних стратегіях, скоординованості та інтегрованості дій для отримання максимально можливого синергічного ефекту. Необхідними складовими профілактичної діяльності є широка інформаційно-роз'яснювальна робота, використання знань, заснованих на доказах; регулювання та фінансування, забезпечення належного потенціалу; підтримка на рівні громад; організація доступного та якісного медичного обслуговування.

Визнання того факту, що профілактика на популяційному рівні є найбільш стійкою і значущою стратегією у довгостроковій перспективі, обумовлює необхідність обґрунтування, розробки і реалізації нової сучасної стратегії профілактичної діяльності, впровадження глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної і міжгалузевої системи профілактики вертикальної і горизонтальної спрямованості на всіх рівнях охорони здоров'я, в усіх сферах суспільного життя із залученням до цього процесу усіх секторів суспільства.

Горизонтальна спрямованість профілактики передбачає охоплення усіх причетних до формування здоров'я населення секторів суспільства, включаючи промисловість, сільське господарство, транспорт, енергетику, будівництво, освіту, культуру, науку, релігію тощо.

Вертикальна спрямованість профілактичних заходів включає їх реалізацію на рівні окремої людини, сім'ї, громади, суспільства в цілому та держави.

Поєднання вертикальних і горизонтальних напрямів в реалізації профілактичних програм забезпечуватиме глобальну комплексну інтегральну міжсекторальну міжгалузеву взаємодію на усіх рівнях і в усіх суспільних структурах, що дозволить ефективно попереджувати негативні зрушення в здоров'ї населення та позитивно впливати на активне довголіття населення. Така профілактична стратегія є актуальною на всіх етапах розвитку суспільства, а також в різні вікові періоди життя людини, в усіх сферах буття, тобто повинна мати тотальний характер.

У зв'язку з цим надзвичайно важливим є принципове розуміння необхідності переходу від профілактики вузьковідомчого медичного характеру до глобальної медико-

соціальної профілактики в громадському здоров'ї, яка охоплює діяльність у всіх секторах економіки і суспільства в цілому, що здійснюється тотально і постійно, за принципом «скрізь і завжди», а головне – з системних державних позицій. Розуміння цього вже демонструють ВООЗ і багато країн світу, в т.ч. Велика Британія, Німеччина, Франція, США, Швеція, Російська Федерація.

Глобальність профілактики, що передбачає здійснення її на міжнародному, міжрегіональному та внутрішньорегіональному рівнях, обумовлена активними процесами глобалізації, інтеграції, інтенсифікації, підвищення мобільності, концентрації у просторі і часі, розмиванням кордонів і необхідністю залучення до профілактичної діяльності усіх суб'єктів світової спільноти.

Глобальна комплексна інтегральна міжсекторальна міжгалузева система профілактики вертикальної та горизонтальної спрямованості повинна передбачати відповідний алгоритм її формування і реалізації. Складовими такого алгоритму є державний характер, відповідальність уряду, політична прихильність, визначення пріоритетів, чітка стратегія, підтримка громади, суспільства, програмно-цільовий підхід, міжсекторальна взаємодія, вертикальна спрямованість від людини до суспільства в цілому, тотальний характер на усіх етапах життя в усіх сферах буття, скорочення чинників ризику, поліпшення основних детермінант, формування ЗСЖ, надійна наукова основа, заснована на доказах, інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), достатні інвестиції в розвиток інфраструктури, формування людських ресурсів, нормативно-правове регулювання, моніторинг ситуації та оцінка результатів, міжнародне співробітництво.

Підґрунтям профілактичних програм повинні стати надійні знання, засновані на доказах. Адже відомо, що реалізація неефективних заходів обумовлює не тільки неадекватне використання ресурсів, але й ризик негативних наслідків для здоров'я окремих осіб чи населення в цілому. Тому вимогами до наукового забезпечення формування профілактичних програм повинні бути використання існуючих знань, заснованих на доказах, вироблення нових знань та інформації, сприяння використанню знань при визначенні політики та в якості засобу розширення можливостей участі населення у вирішенні питань охорони і зміцнення здоров'я.

Сьогодні збільшується обсяг інформації, який стосується не тільки дієвості, але й економічності заходів і втручань, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, що потребує використання систематичних оглядів, застосування економічних оцінок у виборі технологій та методів здійснення профілактичних стратегій.

Інформаційно-роз'яснювальна діяльність в інтересах здоров'я повинна стати комбінацією індивідуальних і суспільних дій, метою яких є забезпечення політичної прихильності, стратегічної підтримки, прийняття суспільством та інфраструктурну підтримку певних цілей і програм у сфері охорони здоров'я. Пріоритетом при цьому має бути створення умов життя, сприятливих для здоров'я і формування ЗСЖ. Інформаційно-просвітницьку роботу на захист здоров'я необхідно проводити в усіх секторах діяльності суспільства, в усіх напрямках політики, широко пропагуючи дії з поліпшення соціальних детермінант здоров'я та обґрунтовуючи безальтернативність інвестування в здоров'я.

Для забезпечення достатнього потенціалу реалізації профілактичних заходів потрібні суттєві інвестиції в кадрові ресурси охорони здоров'я, в розвиток інфраструктури, технологій тощо.

Надзвичайно важливою складовою профілактичної діяльності є її підтримка на рівні громади, колективів, сім'ї. Тому політика в охороні здоров'я повинна спрямовуватися на формування і розвиток солідарних громад, на систематичну роботу з усіма їх секторами з метою зменшення негативного впливу чинників ризиків для здоров'я, на розвиток оздоровчого потенціалу в конкретних життєвих умовах, зокрема в школах, лікарнях, на робочих місцях, та на створення для усіх членів громад можливостей для реалізації свого повного потенціалу.

Основні напрями з удосконалення медичного обслуговування полягають у забезпеченні населення найбільш оптимальним комплексом доступних і якісних медичних послуг. При цьому доцільним є зміщення парадигми медичної допомоги на надання комплексних послуг, приділення більшої уваги питанням збереження здоров'я, поліпшення стандартів медичної допомоги тощо.

Уряди країн повинні відігравати вирішальну роль у втіленні в життя профілактичних стратегій. Процес прийняття рішень на урядовому рівні має бути прозорим, відкритим для критичного аналізу громадськості і суспільного обговорення. Необхідними є подальший розвиток уже існуючого позитивного досвіду та застосування нових перспективних, прогресивних підходів.

Нормативне регулювання і законодавство є фундаментальними елементами як політики, так і практичної діяльності держави в питаннях збереження і зміцнення здоров'я. При цьому регулювання забезпечує як встановлення, так і дотримання правил поведінки усіх учасників діяльності з охорони здоров'я. Фінансування охорони здоров'я є важливим механізмом реалізації політики і планів на основі забезпечення пошуку засобів, об'єднання коштів, закупівлі профілактичних послуг.

Профілактичний вектор в охороні здоров'я буде успішним за умов створення та забезпечення відповідної нормативно-правової бази, спрямованої на обмеження реклами, спонсорства і стимулювання збуту небезпечних для здоров'я виробів, на захист людей від негативної дії шкідливих чинників. Фінансові і податкові заходи повинні сприяти прийняттю рішень на користь здорового способу життя.

Успішній реалізації профілактичних програм і стратегій сприятиме зміцнення міжнародного, дво- та багатостороннього співробітництва, широкий обмін інформацією, інтелектуальна і технічна співпраця, нарощування потенціалу, проведення наукових досліджень з проблеми профілактики та впровадження їх результатів, моніторинг ситуації з попередження негативного впливу на здоров'я чинників ризику, поліпшення детермінантів здоров'я і міжсекторальні заходи щодо підвищення ефективності діяльності щодо зміцнення здоров'я.

З огляду на значущість профілактики, вона повинна стати пріоритетною в реалізації політики збереження і зміцнення здоров'я населення. Базисом її формування повинні бути стратегічні напрями програмних документів міжнародного рівня, передусім ВООЗ, зокрема Рамкової програми удосконалення систем охорони здоров'я, Бангкокської хартії зі зміцнення здоров'я, Талліннської хартії, Люблянської хартії з

реформування охорони здоров'я, програм CINDI, «Здоров'я для всіх», «Курс на оздоровлення. Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями» тощо. Структурно-профілактичні стратегії мають охоплювати питання інформаційно-роз'яснювальної роботи (адвокації), поширення і використання знань, заснованих на доказах, регулювання та фінансування, формування потенціалу, організації медичного обслуговування і підтримки на рівні громад.

Обґрунтування та розробка профілактичних програм повинні здійснюватися на доказовій основі, з оцінкою фактичних даних, використанням систематичних оглядів, визначенням економічної ефективності та дієвості певних заходів.

Реалізація профілактичних стратегій потребує комплексного інтегрального міжсекторального, міжгалузевого підходу, вертикальної і горизонтальної спрямованості, доказовості, результативності та економічної ефективності. Горизонтальний вектор профілактики повинен охоплювати всі причетні до формування здоров'я населення сектори суспільства, вертикальний – передбачати реалізацію профілактичних заходів на рівні окремої людини, сім'ї, громади та суспільства в цілому. Поєднання вертикальних і горизонтальних напрямів забезпечить глобальну комплексну інтегральну міжсекторальну міжгалузеву взаємодію на всіх рівнях та у всіх громадських структурах. Профілактичні стратегії повинні втілюватися в життя за допомогою відповідного алгоритму і реалізовуватися на всіх етапах розвитку, у всіх сферах життя, тобто мати тотальний характер та розглядатися як інвестування в людський капітал.

Реалізація заходів глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної міжгалузевої системи профілактики вертикальної та горизонтальної спрямованості від урядових структур до громад, сім'ї, кожної людини, так і горизонтальної взаємодії на рівні усіх причетних секторів суспільства, дозволить суттєво скороти поширеність чинників ризику серед населення, реально зменшити їх вплив на здоров'я, поліпшити детермінанти та інтегральні показники здоров'я населення, підвищити якість життя і всебічно сприяти суспільному прогресу.

Не применшуючи роль медичної профілактики, існує необхідність переходу до профілактики соціальної, розуміння і здійснення її на державному міжгалузевому рівні з розширенням до регіонального та глобального контексту. Принципова новизна даної профілактичної концепції полягає в її комплексності, багатовекторності, перманентності і універсальності, відповідності сучасним реаліям, потребам та можливостям. Доказовим базисом перспективності такої системи є наявність достовірних переконливих даних про ефективність її складових, результативність функціонування.

Перехід від профілактики медичної до профілактики соціальної, реалізація глобальної тотальної комплексної інтегральної міжсекторальної міжгалузевої системи профілактики вертикальної та горизонтальної спрямованості на рівні урядових структур, громад, сім'ї, кожної людини, у всіх причетних секторах суспільства, дозволить суттєво скоротити поширеність факторів ризику серед населення, загроз для життя і здоров'я людей, реально зменшити їх вплив на здоров'я, ліквідувати деякі з них, поліпшити детермінанти та інтегральні показники здоров'я населення, підвищити якість життя і всебічно сприяти суспільному прогресу.

2.16. Соціально-медичні аспекти провідних аліментарно обумовлених хронічних неінфекційних захворювань

Аліментарний чинник входить до числа провідних детермінантів здоров'я населення, у т.ч. таких біологічних характеристик, як інтенсивність росту, побудова тіла, особливості обміну речовин, стан імунної системи, а також захворюваність, творчий потенціал, тривалість активного життя. Повноцінне раціональне харчування, як доведено світовим медичним досвідом і численними науковими дослідженнями, є фундаментом профілактики багатьох неінфекційних захворювань. Доведено, що рівень здоров'я на 50% залежить від соціально-економічних умов і способу життя, найважливішою складовою якого є харчування.

Розвиток аліментарно залежних хвороб можуть спричинювати розлади харчування як кількісного, так і якісного характеру. Зокрема недостатнє у кількісному чи якісному відношенні споживання харчових речовин або окремих їх компонентів, недостатня калорійність раціону призводять до порушення обмінних процесів, фізичного розвитку організму, зниження імунітету, зумовлюють анемію, ендокринні хвороби, аліментарну дистрофію та інші хвороби. Світова санітарна статистика свідчить, що понад 170 млн дітей у світі мають низьку масу тіла, з них щорічно помирають 3 млн осіб. За даними ВООЗ, смерть від низької маси тіла кожного року забирає у дітей з бідних сімей 130 млн років здорового життя. Загальна кількість осіб, що голодують, за прогнозними оцінками ФАО, становила у 2009 р. 1,02 млрд осіб.

Водночас понад 1 млрд дорослого населення планети мають надлишкову масу тіла, більше 300 млн страждають на ожиріння. Надмірне нераціональне харчування і недостатня фізична активність є провідними причинами основних неінфекційних захворювань (хвороб системи кровообігу, діабету 2-го типу, певних типів раку), а також зумовлюють значну частку глобального тягаря хвороб, інвалідності і смерті. Доведено, що поширеність провідних хронічних дегенеративних захворювань корелює з надмірним споживанням калорій за рахунок тваринних жирів і простих вуглеводів, з недостатнім використанням вітамінів, поліненасичених жирних кислот і харчових волокон. Встановлено також, що ризик смертності у молодому віці, як чоловіків, так і жінок, збільшується пропорційно збільшенню маси тіла.

Через нераціональне харчування відбувається втрата 4,5% здорових років життя внаслідок передчасної смертності та інвалідності. Нездорове харчування призводить до значних економічних збитків, зумовлених витратами на лікування, діагностику, догляд за хворими та їх реабілітацію в медичних закладах, виробничими втратами у зв'язку із захворюваннями, а також втратами доходів сімей.

Глобальна стратегія ВООЗ у сфері раціону харчування, фізичної активності і здоров'я, затверджена ВАОЗ (2004 р.) окреслила головні стратегічні орієнтири у цій сфері, що мають бути реалізовані на національному рівні на системних міжвідомчих засадах, з урахуванням міжнародного досвіду.

Досвід багатьох країн світу переконливо свідчить, що послідовна комплексна державна політика в галузі харчування, спрямована на забезпечення всіх груп населення

повноцінним, раціональним харчуванням, дає позитивні результати в зниженні рівня захворюваності і поліпшенні показників здоров'я населення.

В Україні актуальність проблем, пов'язаних з якістю та характером харчування, визначається низькою спроможністю більшості населення у забезпеченні повноцінного харчового раціону, стійкими порушеннями структури харчування, значним поширенням аліментарно залежної патології. Більш як половина випадків передчасної смерті (до 65 років) чоловіків і жінок зумовлені хворобами, пов'язаними з нездоровим харчуванням. Неприпустимо низьким є рівень освіти населення з питань здорового, раціонального та лікувально-профілактичного харчування.

Вищезазначене свідчить про нагальну потребу удосконалення державної політики у сфері харчування та забезпечення раціонального збалансованого харчування населення з метою збереження і зміцнення громадського здоров'я та забезпечення майбутнього України.

Ожиріння є однією з найбільш актуальних проблем громадського здоров'я XXI ст. Її значущість обумовлена істотним поширенням цього фактору ризику для здоров'я серед населення, несприятливими тенденціями до збільшення та вагомою роллю у формуванні загального тягаря хвороб. Надлишкове живлення характеризується не лише збільшенням маси тіла, але й змінами обміну речовин, розвитком патологічних процесів у різних органах і системах, підвищенням захворюваності, зменшенням тривалості життя.

Результати численних епідеміологічних досліджень свідчать про причинно-наслідкові зв'язки між ожирінням і захворюваністю на діабет II-го типу, серцево-судинними захворюваннями, зокрема інфарктом міокарда, ішемічним інсультом тощо. Інші медичні наслідки ожиріння включають захворювання на злоякісні новоутворення різної локалізації, утворення жовчних каменів, нарколепсію, гірсутизм, розлади репродуктивної функції, астму, катаракту, доброякісну гіпертрофію передміхурової залози, ураження кістково-м'язової системи.

Економічні наслідки ожиріння для суспільства пов'язані зі зростаючими медичними витратами на лікування хвороб, які обумовлені ожирінням, втратою продуктивності праці в результаті невиходу на роботу і передчасної смерті, а також нереалізованими можливостями, психологічними проблемами та низькою якістю життя.

Проблема ожиріння є надзвичайно актуальною для України. У 2009 р. було зареєстровано 403,2 тис. звернень дорослого населення в ЛПЗ з проблем ожиріння, у т.ч. 48,7 тис. – вперше. Поширеність ожиріння у 2009 р. досягла 1067,3 на 100 тис., захворюваність – 129,0 на 100 тис. Особливу тривогу викликає зростання поширеності ожиріння серед дитячого населення: 10% дітей мають надлишкову масу тіла, що зумовлює актуальність проблеми профілактики дитячого ожиріння. У 1995 р. частота ожиріння становила 7,1 на 1000 дітей у віці до 14 років, у 2005 р. – 8,7; у 2009 р. – 12,6 відповідно. Щорічно з приводу ожиріння в ЛПЗ здійснюється 11 звернень на 1000 дитячого населення і фіксується понад 20 тис. нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків. Так, у 2009 р. було діагностовано 25,6 тис. нових випадків цього захворювання. Загальна кількість дітей з ожирінням становила 103,0 тис. осіб. Захворюваність серед дітей від 0 до 17 років становила 3,1 на 1000. Протягом 1995–2009 рр. захворюваність дітей на ожиріння збільшилася удвічі (табл. 2.16.1).

Таблиця 2.16.1

Захворюваність та поширеність ожиріння серед дитячого населення України
у 1995–2009 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Показник	Рік					+/-
	1995*	2000*	2005*	2008**	2009**	
Поширеність	7,1	7,1	8,7	11,9	12,6	+77,5%
Захворюваність	1,5	1,6	2,2	3,0	3,1	у 2,0 рази

Примітка: * – дитяче населення 0-14 років; ** – дитяче населення 0-17 років

Найбільша поширеність ожиріння спостерігається серед дітей першого року життя, у віці 5–6 років, серед підлітків. Його частота у дітей становить від 5–8% серед дошкільнят до 20–22% серед дітей шкільного віку. У молодших вікових групах ожиріння спостерігається однаково часто як у хлопчиків, так і в дівчаток; серед дітей шкільного віку та підлітків частіше виявляється серед дівчат (співвідношення досягає 2:1). Це співвідношення значною мірою залежить від етнічної приналежності дітей та може змінюватись. Хоча ожиріння може розвинути в будь-якому віці, найчастіше воно зустрічається у мешканців міст, переважно у дівчат 11–13 років. Це пояснюють тим, що міські діти набагато менше рухаються і мають більший доступ до висококалорійних рафінованих продуктів.

Актуальність проблеми підтримується також тим, що більшість взаємозалежних фізичних та емоційних проблем, які супроводжують дитяче ожиріння, можуть турбувати людину впродовж усього життя.

Велике значення для виникнення ожиріння у дитини має спадкова схильність. Серед факторів, які сприяють реалізації спадкової схильності, особливу роль відіграють: надмірний апетит, зумовлений нездоровими звичками, психогенними факторами, розладами гіпоталамічних структур, порушенням вуглеводного обміну; зниження енерговитрат у зв'язку з малорухливим способом життя, конституціональними загальними низькими витратами енергії, тривалим ліжковим режимом під час хвороби, ураженням м'язів тощо; порушення жирового обміну (зниження синтезу білків і підвищення утворення та відкладання жиру, утворення глюкози, а потім жиру з білків; порушенням утилізації жиру; підвищенням накопиченням жиру в тканинах).

Беззаперечно, що збільшення маси тіла є результатом дисбалансу між надходженням та витратою енергії. Останніми роками відбувається значне зменшення фізичної активності дітей та підлітків – вони витрачають більше часу за телевизором, комп'ютером, менше займаються спортивними іграми. У сидячому положенні знижується основний обмін, крім того, під час перегляду телевізійних програм діти вживають висококалорійні продукти (чіпси, шоколадки, кока-колу, морозиво тощо). Людина, яка витрачає на перегляд ТВ-програм більше трьох годин на добу, має подвійний ризик захворіти на ожиріння, на відміну від тих, хто дивиться телевизор одну годину на добу. Встановлено, що надлишок лише 50 ккал на день призводить до збільшення маси тіла на 2,25 кг на рік.

Багато дітей та підлітків користуються послугами кафе та ресторанів «швидкої їжі», які пропонують продукти з дуже високим вмістом жиру (до 50%). У той час як за рекомендаціями дієтологів вміст жирів у дитячому раціоні не повинен перевищувати 30%.

Низький рівень фізичної активності, особливості харчової поведінки, збільшення в раціоні жирних, висококалорійних продуктів та легкозасвоєваних вуглеводів, прийом їжі увечері або вночі – безумовні фактори, які призводять до виникнення ожиріння, особливо за наявності спадкової схильності. У школах, садах-яслах доцільно організувати постійний контроль маси тіла дітей та брати на особливий облік тих дітей, у яких цей показник перевищує норму. Під наглядом повинні знаходитися діти, чії батьки або кровні родичі страждають на ожиріння.

За даними Держкомстату України, значна частина дорослих має надмірну вагу тіла, а кожна 8-9-та особа страждає на ожиріння.

Таким чином серед осіб різних вікових груп значно поширеними є зайва маса тіла та ожиріння. Така тенденція зростання ожиріння є небезпечною і вимагає посиленої уваги та постійного контролю.

Зважаючи на медико-соціальну значущість проблеми ожиріння в Європі, у 2006 р. затверджено Європейську хартію боротьби з ожирінням. Вона передбачає вплив на спосіб життя людей, формування здорових звичок харчування та адекватної фізичної активності. Важливу роль поряд зі сферою охорони здоров'я відведено іншим секторам, зокрема сільському господарству, харчовій промисловості, фінансам, торгівлі, транспорту, міському плануванню, освіті, науці, соціальному забезпеченню, праці, спорту тощо. Це пов'язано з тим, що питання боротьби з ожирінням вимагає комплексного міжсекторального підходу.

У боротьбі з ожирінням надзвичайно значущою є роль сектору ПМСД. Саме на первинному рівні необхідно надавати населенню науково обґрунтовані рекомендації з харчування, формування ЗСЖ для підтримки оптимальної маси тіла та її корекції. Особливу увагу потрібно приділяти населенню з груп високого ризику. З метою поліпшення діагностики, ефективного лікування розладів, пов'язаних з ожирінням, доцільно проводити регулярні антропометричні виміри, скринінг чинників ризику тощо.

Якість медичного обслуговування хворих на ожиріння значною мірою залежить від наявності та дотримання сучасних клінічних рекомендацій зі скринінгу і лікування даної патології. Моніторинг ситуації з поширеності ожиріння сприятиме встановленню та прогнозуванню тенденцій, оцінці ефективності профілактичних заходів і вдосконаленню політики попередження та подолання. Ефективність та результативність діяльності щодо попередження і подолання ожиріння дозволять підвищити рівень здоров'я, зменшити медичні, соціальні та економічні збитки для суспільства, поліпшити якість життя населення.

Серед провідних чинників ризику для здоров'я населення світу особливе місце займають високий кров'яний тиск, підвищений вміст холестерину в крові, споживання тютюну, зловживання алкоголем, ожиріння та низька фізична активність. Ці чинники ризику, які є характерними для економічно розвинених країн і асоціюються з багатством та достатком, отримують сьогодні поширення також в країнах, що розвиваються, створюючи подвійний тягар нездоров'я.

В Україні провідними чинниками ризику, що формують глобальний тягар хвороб, у чоловіків, окрім тютюнокуріння (20,2% DALY) та зловживання алкоголем (18,3%), є

підвищений кров'яний тиск (13,9%). У жінок підвищений кров'яний тиск, складаючи 20,3%, відіграє найактивнішу роль у формуванні тягаря хвороб.

Для України проблема боротьби з артеріальною гіпертензією (АГ) є особливо актуальною. За даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2009 р. зареєстровано 11,9 млн випадків захворювань, у т. ч. з вперше встановленим діагнозом – 973,8 тис.

Рівень захворюваності на гіпертонічну хворобу (ГХ) у 2009 р. досягнув 2,6 тис. випадків на 100 тис. дорослого населення. Порівняно з 1991 р. показник зріс у 2,7 разу (рис. 2.16.1).

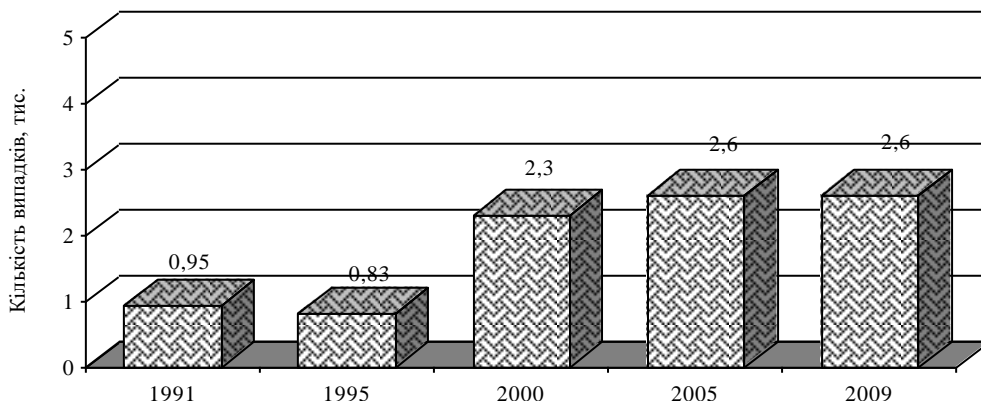


Рис. 2.16.1. Захворюваність на гіпертонічну хворобу населення України у 1991–2009 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

Високі рівні захворюваності на ГХ та недостатня ефективність діяльності ЛПЗ обумовлюють значну поширеність даної патології серед населення України. У 1991 р. на кожні 100 тис. дорослого населення виявлялося 9,9 тис. випадків хвороб, у 2009 р. – 31,5 тис. Протягом 18 років поширеність АГ збільшилася в 3,2 разу (рис. 2.16.2).

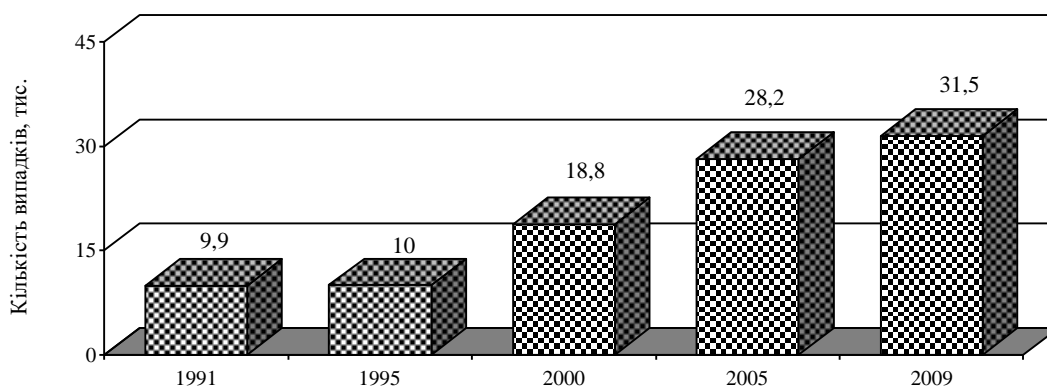


Рис. 2.16.2.. Поширеність гіпертонічної хвороби серед населення України у 1991–2009 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

Аналіз показників захворюваності, поширеності АГ та смертності від неї дозволив виявити певні розбіжності, які свідчать про неповноту виявлення даної патології. Так, в окремих областях рівні захворюваності є відносно невисокими при значних показниках смертності.

Вважається, що кількість хворих на АГ в Україні становить 13–15 млн, тому слід домагатися збільшення виявлення усіх випадків захворюваності на АГ.

Підвищений кров'яний тиск, за статистичними даними, мають 13,4% населення, за даними епідеміологічних досліджень – 44,2%. Дослідження, проведені ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України свідчать, що АГ виявляється у третини населення, частіше серед чоловіків. Навіть у віці 25–34 роки підвищення артеріального тиску виявляють у кожного шостого чоловіка, в 35–44 роки – у кожного третього, а в 45–54 роки – у кожного другого. Поширеність АГ протягом 25 років в чоловічій популяції зросла на 9%, у жінок – залишилася на тому ж рівні.

Контроль АГ в популяції вважається одним із основних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. На сьогодні в нашій країні та за кордоном накопичено значний обсяг наукових даних про підвищений артеріальний тиск (АТ) і шляхи його контролю.

Серед міських мешканців України 81% хворих (58% чоловіків і 88% жінок) знають про підвищення у них АТ, приймають антигіпертензивні засоби 48% осіб (36% чоловіків і 56% жінок), лікування ефективно лише в 19% (9% чоловіків і 25% жінок). З віком поступово зростає обізнаність хворих про наявність АГ та охоплення медикаментозним лікуванням, у той час як ефективність лікування залишається майже незмінною. Ситуація щодо контролю цієї патології більш несприятлива у чоловіків. Вищі показники контролю АГ в жіночій популяції, порівняно з чоловічою, зумовлені тим, що, як відомо, жінки приділяють своєму здоров'ю більше уваги і ретельніше виконують призначення лікаря.

Протягом 25 років ситуація щодо контролю АГ в популяції істотно поліпшилась, хоча оптимальних результатів ще не досягнуто.

Стандартизований показник смертності від серцево-судинної патології в Україні є одним з найбільших у Європі (801,6 на 100 тис.), який на 4,5% перевищує середній показник в СНД (766,8), удвічі – середньоєвропейський рівень (429,3) та втричі – в країнах ЄС (250,4) (рис. 2.16.3).

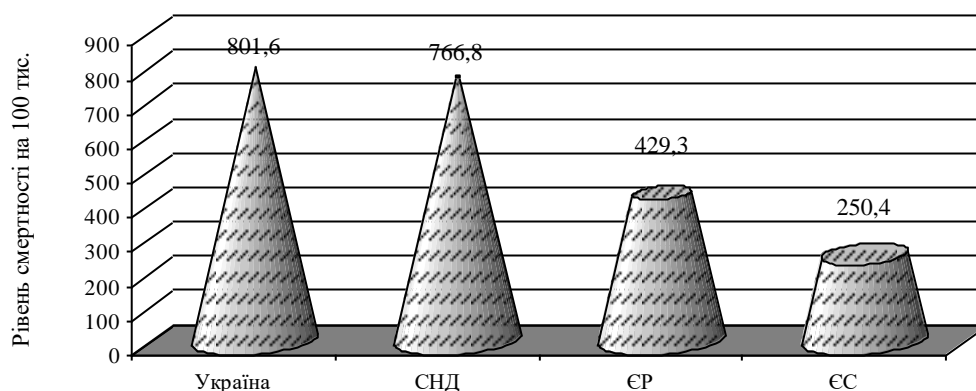


Рис. 2.16.3. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні, СНД, ЄР, ЄС у 2007 р. (СКС на 100 тис. населення)

Смертність населення України від ГХ мала тенденцію до зниження з 2001 р. по 2003 р. з 1,9 до 1,2 випадку на 100 тис., тобто на 36,8%, а потім відбувся її підйом до 1,4 випадку на 100 тис., або на 16,7%. У 2009 р. намітилась позитивна тенденція до скорочення смертності до 1,3 випадку на 100 тис. (рис. 2.16.4).

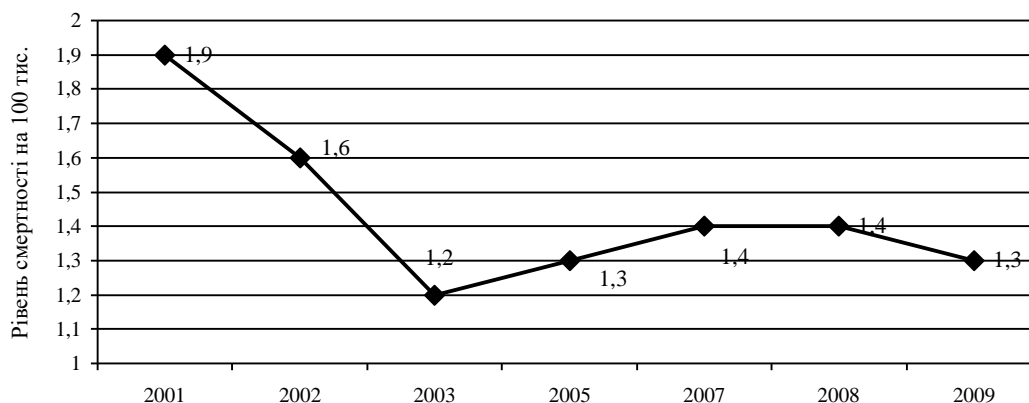


Рис. 2.16.4. Смертність від гіпертонічної хвороби населення в Україні у 2001–2009 рр. (на 100 тис. населення)

У цілому смертність населення України від серцево-судинної патології мала тенденцію до зростання. У 1990 р. її рівень становив 645,3 на 100 тис. населення, у 1995 р. – 881,6, у 2000 р. – 948,8 р., у 2005 р. – 1037,7, у 2008 р. – 1039,4, у 2009 р. – 1002,1 (рис. 2.16.5).

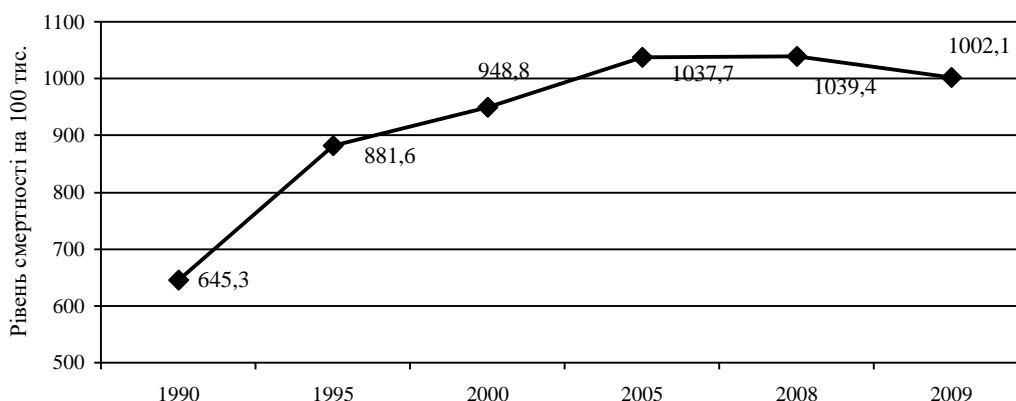


Рис. 2.16.5. Смертність від серцево-судинної патології населення в Україні у 1990–2008 рр. (на 100 тис. населення)

Питома вага серцево-судинних захворювань у структурі загальної смертності в Україні становить 63,8%. Рівень смертності від хвороб системи кровообігу значно відрізняється в окремих регіонах.

Потребують удосконалення соціальні заходи щодо профілактики і лікування хворих на АГ. Насамперед, це належна інформованість населення про вплив високого АТ на здоров'я та його наслідки, формування здорового способу життя, забезпечення відповідних верств населення необхідними антигіпертензивними ліками, доступність вимірювання та постійного контролювання АТ, особливо в осіб з його підвищенням, достатнє фінансування заходів, спрямованих на профілактику і лікування пацієнтів, що страждають на АГ.

Незадовільною залишається робота з профілактики АГ у засобах масової інформації (телебачення, радіо), незважаючи на започаткування міжгалузевого підходу до

вирішення проблем скорочення хвороб системи кровообігу і залучення до цієї роботи причетних комітетів, рад, установ.

Вимагає вдосконалення діяльності медичних працівників щодо формування здорового способу життя та корекції факторів ризику АГ, а також належного ставлення хворих до лікування.

Пріоритетними напрямками подальшої роботи з профілактики і лікування АГ в Україні є активне виявлення серед населення хворих на АГ; стратифікація груп ризику АГ; диспансеризація осіб з підвищеним АТ; належне забезпечення населення інформацією про АГ та її наслідки; активне формування здорового способу життя та корекція факторів ризику; забезпечення ефективного лікування хворих на АГ; втілення нових технологій лікування АГ; проведення наукових досліджень, спрямованих на вивчення механізмів розвитку АГ, запобігання ускладненням та покращання якості життя; навчання і підвищення кваліфікації медичних працівників.

Профілактика і лікування АГ є одним з пріоритетних завдань, що стоять перед системою охорони здоров'я України. Успішна її реалізація сприятиме зменшенню кількості ускладнень, пов'язаних з високим АТ, підвищенню якості та тривалості життя хворих на ГХ.

Істотним чинником ризику хронічних неінфекційних захворювань, зокрема хвороб системи кровообігу, є високий рівень холестерину в крові. Експериментальні, епідеміологічні і клінічні дослідження, проведені за останні 50 років, переконливо довели наявність зв'язку між порушеннями ліпідного обміну та розвитком серцево-судинних захворювань. Встановлено, що гіперхолестеринемія грає ключову роль у розвитку атеросклерозу і пов'язаних з ним захворювань (насамперед ішемічної хвороби серця, інсульту).

Поширеність дисліпідемії в Україні, за даними ліпідних центрів (63,6%) і популяційних досліджень (69,3%), вища, ніж у Європі (58%) та США (48,4%). Високий рівень холестерину виявлено у 30,1% населення, ліпопротеїди низької щільності в 27,2%, тригліцеридів в 19,4% випадків. Поширеність гіперхолестеринемії серед населення працездатного віку визначається в середньому в 50% випадків.

За даними ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України відповідних профілактичних втручань в країні потребують 37% чоловіків і 50% жінок, причому у 17% чоловіків і 31% жінок рівень загального холестерину в крові коливається від 5,2 ммоль/л до 6,2 ммоль/л; у кожного п'ятого обстеженого незалежно від статі (20% чоловіків і 19% жінок) його вміст дорівнює або перевищує 6,2 ммоль/л. Спостерігається поступове зростання частоти гіперхолестеринемії з віком в осіб обох статей: у пацієнтів віком 55–64 роки цей фактор ризику виявляють у 4 рази частіше, ніж серед осіб віком 18–24 роки.

Поширеність гіперхолестеринемії майже однакова в сільській та міській популяціях і становить серед чоловіків відповідно 34% та 37%, а серед жінок – 45% та 50%. Серед селян із нормальною масою тіла гіперхолестеринемія ($\geq 5,2$ ммоль/л) виявляється у кожного четвертого (23%), а серед осіб із надлишковою масою тіла або ожирінням – майже у кожного другого (у 48% та 53% відповідно). Через високу поширеність гіперхолестеринемії серед сільського населення відповідних профілактичних

втручань потребують 34% чоловіків і 45% жінок, причому у 19% чоловіків і 23% жінок рівень загального холестерину в крові коливається в межах від 5,2 ммоль/л до 6,2 ммоль/л, а у кожного шостого чоловіка і кожної четвертої жінки його вміст дорівнює або перевищує 6,2 ммоль/л.

Наукові дослідження в сфері профілактики серцево-судинних та інших хронічних захворювань переконливо довели високу ефективність програм боротьби з ними. Статистично вірогідне зниження смертності від хвороб системи кровообігу серед населення більшості економічно розвинутих країн дослідники пов'язують саме зі зниженням кількості та рівня основних факторів ризику: куріння, загального холестерину й АТ, а також із широким впровадженням в медичну практику сучасних методів діагностики і лікування.

Одним з найпоширеніших факторів ризику є недостатня фізична активність, хоча саме рухова активність є одним з основних факторів збереження та зміцнення здоров'я. Доведено, що серед осіб, що займаються фізичною культурою та спортом, значно менше поширені тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркотиків та ВІЛ/СНІД.

Дефіцит рухової активності та стреси в умовах сучасного розвитку суспільства є найважливішими причинами негативних змін у стані здоров'я населення, що спостерігаються в усіх економічно розвинених країнах. Гіподинамія та нервові перевантаження не лише послаблюють опірність організму людини, але й слугують причиною тяжких патологічних розладів, значною мірою зумовлюють зростання «хвороб віку».

Одним із найважливіших важелів збереження та зміцнення здоров'я населення є оптимальна рухова активність. Загальновизнаним є той факт, що малорухомий спосіб життя – одна з 10 головних причин смертності та інвалідності у людей. Захисний ефект фізичної культури різнобічний і асоціюється, насамперед, з такими позитивними аспектами: на 50% знижується ризик розвитку ІХС, діабету та ожиріння, на 30% – ризик розвитку АГ, а також сприяє зниженню АТ у гіпертоніків, зберігає кісткову масу, тобто є захистом від пористості кісток тощо.

Однак цей вид збереження здоров'я використовується незначною частиною нашого населення, особливо ним нехтують дорослі. В Україні серед дорослих виявляють достатню фізичну активність 30,5% (35,6% чоловіків, 27,7% жінок). Для порівняння: у Японії цей показник складає 80%, Німеччині – 67%. Частка осіб, які проявляють помірну фізичну активність під час дозвілля, становить близько 54%. Лише 7% дітей до 15 років в Україні займаються у спортивних секціях, 43,5% учнів обмежуються тільки уроками фізкультури, при цьому у 70% дітей рівень фізичного розвитку оцінюється як низький та нижчий за середній. Необхідна норма рухової активності школярів, що складає у середньому 12 годин на тиждень (до 15 годин для молодших школярів і до 9 годин для учнів старших класів), задовольняється лише на 16–25%.

До 80% школярів або взагалі не займаються фізичними тренуваннями у вільний час, або займається ними лише епізодично. За даними Держкомстату України, у 2002 р. 98,7% дітей віком 6–18 років займалися фізичною культурою хоча б один раз на тиждень. Практично на рівні 2003 р. залишився обсяг обов'язкових фізичних занять у навчальних закладах. За даними МОН України, як і раніше у 35% школах та 86%

професійно-технічних училищах впроваджено лише 2 уроки фізкультури на тиждень (замість 3-х), що не відповідає міністерським нормативам.

Науковими дослідженнями доведено, що близько 75% хвороб, зареєстрованих у дорослих, є наслідком умов життя в дитячі та молоді роки. Майже 90% дітей, учнів і студентів мають відхилення у здоров'ї, понад 50% – незадовільну фізичну підготовку. Щороку до лав Збройних Сил України за станом здоров'я не призивається кожний четвертий юнак призовного віку.

Спостерігається подальше збільшення кількості учнівської та студентської молоді, віднесеної за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. Лише протягом 2001–2006 рр. їх кількість збільшилася на 41%.

Різно прогресують у молодого покоління хронічні хвороби серця, неврози, артрити, сколіози, ожиріння тощо. Ситуація загострюється через зростаючу популярність у дитячому та молодіжному середовищі привабливих видів нефізичної діяльності (ігрові автомати, комп'ютерні ігри тощо).

У зв'язку з відсутністю традицій ЗСЖ та активного дозвілля, виховання молоді на прикладах уславлених вітчизняних спортсменів, для українського суспільства гострою проблемою залишається широке розповсюдження тютюнокуріння, зловживання алкоголем, вживання наркотичних засобів. Як наслідок, зростають антигромадські прояви та загострюється криміногенна ситуація, особливо у молодіжному середовищі.

За даними Держкомстату України, протягом 2005 р. хоча б один раз на тиждень займалися фізичною культурою 34,2% чоловіків та 20,3% жінок. Багаторічні популяційні дослідження, проведені Національним науковим центром «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска», показали, що протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії в популяції вдвічі збільшилась серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок.

Порівняльний аналіз рівня охоплення населення масовим спортом в Україні та інших країнах світу засвідчує, що українці у декілька разів поступаються за цим показником провідним економічно розвиненим країнам. Зокрема до занять фізичною культурою і спортом, за даними державної статистики, залучено лише 13% населення України. Відповідно до результатів спеціальних досліджень, під керівництвом тренера або інструктора у спортивних клубах, фітнес-центрах зі сплатою наданих послуг займається 4% населення. Лише кожен п'ятдесятій мешканець України бере участь у спортивних змаганнях. Лише кожна десята дитина віком 6–18 років займається у системі дитячо-юнацьких спортивних закладів. Гіподинамія є характерною для більшості людей працездатного та похилого віку (відповідно 92–94% та 96–97%).

Численні дослідження, проведені вітчизняними дослідниками, свідчать про необхідність вдосконалення санітарно-освітньої роботи серед населення з питань профілактики захворювань та формування ЗСЖ, включаючи підвищення фізичної активності населення в усіх вікових групах населення.

Основними причинами такого пасивного ставлення населення до занять спортом є, серед іншого, соціально-економічні чинники, які визначають рівень і якість життя населення. Нарівні з цим існує ціла низка факторів, пов'язаних з недостатньо ефективною роботою системи фізичного виховання та спорту (висока вартість послуг у спортивних центрах, недостатня кількість спортивних клубів тощо) (табл. 2.16.2).

Таблиця 2.16.2

Причини пасивного ставлення до занять спортом населення України у 2008 р. (%)

Причини пасивного ставлення до занять спортом	Жінки (%)	Чоловіки (%)	Разом (%)	Рейтинг
Висока вартість послуг у спортивних центрах	82	80	81	1
Дефіцит коштів для відвідування спортивних клубів	78	78	78	2
Брак вільного часу	74	79	77	3
Низький рівень індивідуальної культури здоров'я	72	76	74	4
Низький рівень індивідуальної фізичної культури	68	74	71	5
Недостатній розвиток у суспільстві культури спорту і здорового способу життя	70	72	71	6
Низький рівень пропаганди цінностей спорту і здоров'я	68	72	70	7
Не дозволяє здоров'я, часті хвороби	70	67	68,5	8
Низький рівень добробуту і комфортності діючих спортивних баз	68	69	68,5	9
Недостатня кількість спортивних клубів	64	64	64	10
Відсутність моральних стимулів до занять фізичними вправами	60	62	61	11
Думка «У мене не той вік для занять спортом»	62	56	59	12

Результати аналізу даних масового опитування населення України та експертів-фахівців у галузі спорту, проведеного у 2008 р. Всеукраїнським центром фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх» в рамках соціологічного проекту «Моніторинг рівня залучення населення України в спорт для всіх» показали, що більшість дорослого населення України виявляє помітно виражений інтерес до спорту. Проте цей інтерес носить, швидше, споглядальний, пасивний характер, оскільки лише порівняно невелика частина опитаних активно або ж регулярно сама займається спортом. Переважна більшість населення або епізодично займається спортом, або повністю байдужа до нього, досить неоднозначно оцінюючи умови для занять спортом у вільний час (рис. 2.16.6).

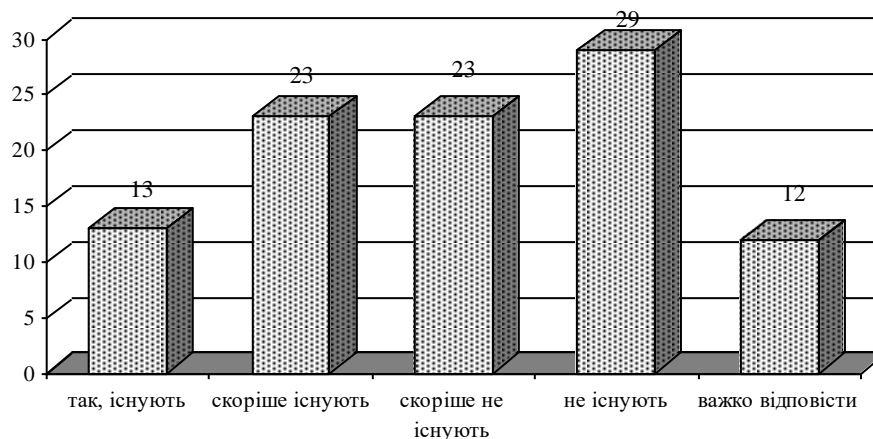


Рис. 2.16.6. Оцінка населенням наявності в країні необхідних умов для занять спортом (% до опитаних)

Самооцінка населенням свого ставлення до спорту (% до опитаних) показала, що на сьогоднішній день більше половини населення України (55%) тією чи іншою мірою займаються спортом. При цьому, лише порівняно невелика частина з них (приблизно один з восьми жителів країни) активно займається спортом і має спортивні розряди або ж регулярно займається спортом для себе особисто. Більшість займається спортом (приблизно четверо з десяти) або час від часу або достатньо пасивно (тобто активно спортом не займаються, але стежать за спортивними подіями).

На сьогоднішній день переважна більшість жителів України визнають цінність здорового способу життя і хотіли б, щоб до нього активно залучалося і підрастаюче покоління. Для цього, на їхню думку, слід, перш за все, активно формувати у молоді бажання бути здоровими і привабливими, будувати більше спортивних споруд і робити їх доступнішими для широких мас населення. Перешкодами на шляху масового розповсюдження занять спортом, на думку населення, є, окрім високої вартості спортивних послуг і низького рівня життя, також недостатньо розвинена культура здорового способу життя, проблеми, пов'язані з віком і станом здоров'я населення, тощо.

Зловживання алкоголем є одним з основних чинників ризику передчасної смертності і тягаря хвороб, яким можна запобігти.

Зараз алкоголь є наркотичною речовиною найбільш широкого споживання. Це не звичайний товар, рівень споживання якого визначається ринковими механізмами, а особливо небезпечна речовина, тому що він викликає залежність. З його вживанням пов'язано дуже багато медичних і соціальних проблем. Недарма ще на XXVIII сесії ВООЗ у 1975 р. його було офіційно визнано наркотиком (як гашиш, героїн тощо).

Обумовлені алкоголем проблеми всебічно висвітлені багатьма науковими дослідженнями, вони виходять далеко за межі суто медичної концепції "алкоголізму". Крім власне матеріальних втрат високий ступінь алкоголізації населення завдає значну шкоду демографічній та соціально-психічній сферам суспільства. Він обумовлює падіння народжуваності, руйнування національного генофонду, погіршення здоров'я підрастаючого покоління, зниження трудового потенціалу країни, підвищення криміналізації суспільства.

За останні роки середньорічне вживання етанолу на душу населення (в абсолютному спирті), на підставі розрахунків продажу алкогольних напоїв, стабілізується на рівні 1,2-1,6 л на рік. Насправді споживання алкоголю у нас значно вище, за даними Центру з проблем алкоголю і наркотиків, вживання алкоголю досягає приблизно 11,0–13,0 л. Україна належить до країн із середнім рівнем споживання алкоголю. За даними ВООЗ, при споживанні алкоголю на рівні до 2,0 л чистого спирту на рік ризик смертності для населення є найменшим.

Вітчизняна вино-горілчана промисловість орієнтована на виробництво переважно міцних напоїв. Співвідношення обсягів виробництва між горілчаними виробами та винами (разом з шампанським) в останні роки становило 1,2:1, 1,7:1. Така ситуація дуже несприятливо позначилася на стані здоров'я населення.

Відомо, що шкідливе споживання алкоголю є вагомим чинником ризику виникнення психоневрологічних захворювань, серцево-судинної патології, цирозу печінки, різних видів раку. Значна частка тягаря хвороб, пов'язаного зі зловживанням спиртними напоями, може бути віднесена до навмисних і ненавмисних травм, у т.ч. викликаних дорожньо-

транспортними пригодами, самогубствами. Смертельних травм, які можуть бути пояснені зловживанням алкоголю, як правило зазнають молоді люди. Збільшується розуміння впливу зловживання алкоголем на формування тягаря інфекційних хвороб, у т. ч. тих, що передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ-інфекції, внаслідок його причетності до небезпечної сексуальної поведінки та порушення лікувальних процедур. До числа пренатальних порушень належать фетальний алкогольний синдром, різні фізичні порушення та нейробіологічні розлади, які ускладнюють розвиток і соціальне функціонування.

Причини, що спонукають дітей, підлітків та молодь до вживання алкогольних виробів різноманітні: допитливість (24–29% серед респондентів у віці старше 12 років), приклад друзів (30–34% випадків), приклад батьків (для дітей у віці 12–14 років), як засіб зняття напруги у стресових ситуаціях (кожен 4-й респондент у 15–20 віці), для підтвердження своєї «дорослості».

Однією з головних причин зростання масштабів алкогольної проблеми залишається невиважена політика держави у сфері реклами алкогольних виробів. Результати досліджень з реклами доводять, що вона може як підсилити, так і послабити загальні тенденції у споживанні алкоголю. Вкрай негативно вона впливає на дітей та підлітків, оскільки вони сприймають рекламні повідомлення як заохочування до пиття. Якщо до недавнього часу рекламування спиртного формально було заборонене через електронні ЗМІ, то тепер воно йде безперервним потоком у вечірніх показах по телебаченню. Враховуючи, що приблизно 20% зовнішньої реклами припадає на рекламування спиртних напоїв, можна стверджувати, що реклама алкоголю набула постійного та масового характеру. Вона висвітлює споживання спиртних напоїв виключно у привабливому світлі, ніби без них не можна уявити собі стиль життя людини, насамперед під час дозвілля, відпочинку тощо. Тобто реклама стає все більш нав'язливою та агресивною, чинить тиск на свідомість людей, перш за все підлітків та молоді, які відзначаються схильністю до ризику, експерименту тощо. Водночас різноманітні негативні наслідки вживання алкоголю (похмілля, нещасні випадки, насильство, захворювання тощо) висвітлюються недостатньо.

В Україні контингент наркологічних хворих сягає 900 тис. Щорічно на облік наркологічними закладами береться близько 65,0 тис. осіб, у т.ч. близько 10,0 тис. з гострими алкогольними психозами, 40 тис. – з хронічними алкогольними синдромами, понад 5,0 тис. – з наркоманією. Непряма смертність внаслідок зловживання алкоголем становить 100 тис. смертей у рік, пряма – внаслідок отруєння етанолом, алкогольних цирозів печінки, алкогольних психозів – 17,5 тис. щорічно.

Забезпечення адекватного харчування населення є однією з найбільш актуальних проблем, що постали перед людством на межі третього тисячоліття. Актуальність проблеми зумовлена тим, що саме харчування виступає тією важливою передумовою, від якої значною мірою залежить формування здоров'я населення.

Повноцінне раціональне харчування, як доведено світовим медичним досвідом і численними науковими дослідженнями, є фундаментом профілактики багатьох неінфекційних захворювань. Доведено, що рівень здоров'я на 50% залежить від соціально-економічних умов і способу життя, найважливішою складовою якого є харчування.

Розвиток аліментарно залежних хвороб спроможні спричинювати розлади харчування як кількісного, так і якісного характеру. Зокрема недостатнє у кількісному чи якісному відношенні споживання харчових речовин або окремих їх компонентів, недостатня калорійність раціону призводять до порушення обмінних процесів, фізичного розвитку організму, зниження імунітету, зумовлюють анемію, ендокринні хвороби, аліментарну дистрофію та інші хвороби.

Встановлено, що небезпечне та незбалансоване харчування зумовлює досить значний тягар хвороб, який становить 9,7% від загального показника DALI (від числа років життя, втрачених внаслідок передчасної смерті, а також прожитих з інвалідністю).

Досвід багатьох країн світу переконливо свідчить, що послідовна комплексна державна політика в галузі харчування, спрямована на забезпечення всіх груп населення повноцінним, раціональним харчуванням, дає позитивні результати в зниженні рівня захворюваності і поліпшення показників здоров'я населення.

З огляду на значущість здоров'я населення у контексті суспільно-економічного розвитку і безпеки країни, важливим завданням у сфері збереження і зміцнення громадського здоров'я та забезпечення майбутнього України, є вдосконалення державної політики у сфері харчування населення та забезпечення раціонального збалансованого харчування, особливо підростаючого покоління.

Протягом останніх років в Україні, як і в більшості європейських країн спостерігається збільшення рівнів середньої кількості калорій на 1 особу на день (ккал). В середньому в Україні цей показник становить 3054 ккал, в Європейському регіоні – 3301,6 ккал, ЄС – 3501,6 ккал, країнах СНД – 2944 ккал.

Упродовж 2000–2008 рр. простежується тенденція до поступового збільшення калорійності середньодобового раціону населення України від 2661 до 2998 ккал на 1 особу (рис. 2.16.7).

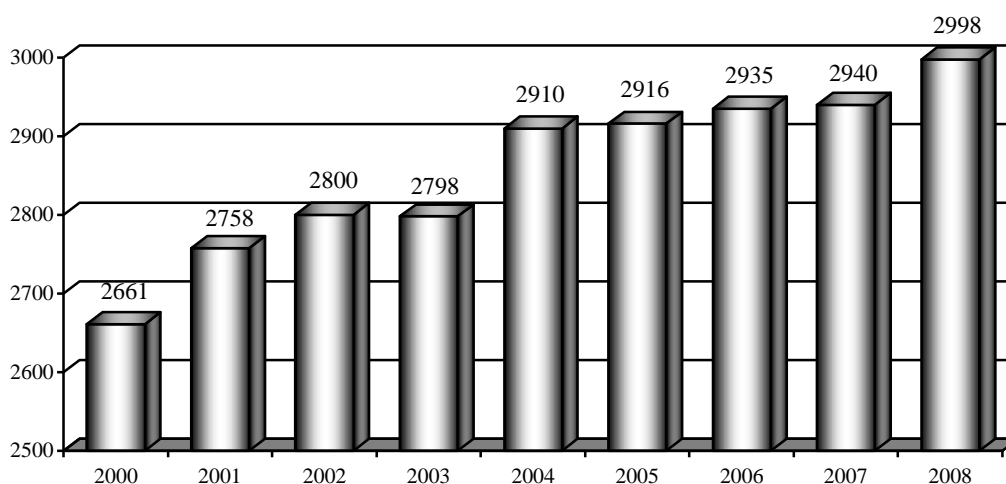


Рис. 2.16.7. Калорійність середньодобового раціону населення України протягом 2000–2008 рр. (ккал на 1 особу)

Правильне харчування і добре налагоджене постачання продуктами є однією з ключових умов забезпечення поліпшення здоров'я і благополуччя. Відповідно, недостатнє харчування, як і надмірне споживання харчових продуктів, може призводити до цілої низки

хвороб аліментарного характеру і є важливою проблемою громадського здоров'я. Забезпечення населення здоровими, повноцінними харчовими продуктами, доступними за ціною, є передумовою профілактики багатьох аліментарно-зумовлених хвороб і покращення здоров'я. Важливу роль у цьому відіграють просвіта та гігієнічне навчання різних груп населення.

Проведений аналіз особливостей харчування населення України за листами національного балансу показав, що основну кількість калорій жителі отримують від споживання хліба та крупів – 43,0%, цукру – 13,0%, молока та молочних продуктів – 12,2%, фруктів та ягід – 10,0%, олії – 9,3%, м'яса – 6,3% і тільки 4,2% – від споживання риби та рибних продуктів. Протягом 1990–2005 рр. споживання населенням м'яса, молока та молокопродуктів зменшилося майже наполовину, фруктів та рибних продуктів – на третину. Співвідношення білків, жирів та вуглеводів у фактичному харчуванні населення становить 1:1,5: 3, і відрізняється від рекомендованого, науково обґрунтованого 1:1,4:4.

Аналіз сучасного стану харчування населення України протягом 1990–2008 рр. свідчить про наявність негативних тенденцій у стані харчування населення, що характеризуються, перш за все, змінами структури раціонів населення за рахунок скорочення споживання переважної більшості харчових продуктів і харчових речовин (білків, амінокислот, жирів, вітамінів, мінеральних речовин), дефіцитом трьох незамінних амінокислот (триптофану, метіоніну і валіну), що може негативно впливати на біосинтез гемоглобіну, викликати порушення діяльності нервової системи, обмінних процесів, фізичного розвитку, зниження імунітету, і спричинювати розвиток аліментарно-зумовлених хвороб (анемію, ендокринні хвороби, аліментарну дистрофію й інші хвороби).

Динаміка споживання продуктів харчування у розрахунку на одну особу у кілограмах за рік за 1990–2008 рр. показує, що попри коливання протягом даного періоду значень показників споживання різних продуктів харчування, відбулося виразне зменшення вживання населенням усіх харчових продуктів, за винятком олії й інших рослинних жирів, овочів і баштанних культур. Так, в 1,3 разу зменшилося споживання населенням таких харчових продуктів, як м'ясо і м'ясопродукти, цукор, хліб і хлібні продукти, в 1,8 разу – молока і молочних продуктів. Водночас у 2008 р. практично не змінилося проти даних 1990 р. споживання картоплі, риби і рибопродуктів, уживання фруктів, ягід, горіхів, винограду скоротилося на 8,5%, проте вживання олії та інших рослинних жирів зросло на 29,3%, овочів і баштанних культур – на 27,5%.

Одноманітне жиро-вуглеводне харчування більшої частини населення призводить до збільшення маси тіла у 30% жінок, 15% чоловіків та 10% дітей та розвитку ожиріння. Загальновідомо, що збільшення маси тіла прискорює розвиток атеросклерозу, веде до артеріальної гіпертензії, інсулінонезалежного діабету та онкологічних захворювань. Соціальні наслідки цього явища дуже значні, бо призводять до втрати працездатності та ранньої інвалідизації населення.

Вирішення цієї складної та широкомасштабної проблеми вимагає подолання негативних тенденцій у харчуванні, покращення структури споживання харчових продуктів та їх доступності для населення; зниження захворюваності, зумовленої порушенням харчового статусу людини. Втілення цих заходів має підвищити якість та тривалість життя населення, поліпшити демографічну ситуацію в Україні.

Грудне вигодовування – оптимальне природне харчування для новонародженої дитини, це біологічна та емоційна основа розвитку немовляти, а також один із головних факторів зміцнення здоров'я матері.

Материнське молоко містить оптимальну кількість і співвідношення білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінеральних речовин, а також гормони, імунні тіла, ферменти, антимікробні та біфідогенні фактори. Цим і пояснюється висока біологічна цінність і унікальність материнського молока, краще якого нічого не існує. Незважаючи на це, практика грудного вигодовування дітей і розуміння переваг, які пов'язані саме з таким типом харчування дітей грудного та раннього віку, не є достатньо поширеною. За даними соціологічних досліджень, 28% батьків вважають, що штучне вигодовування є не гіршим за грудне. Переконані в цьому батьки необгрунтовано рано переводять дітей на штучне вигодовування (в середньому природне вигодовування закінчується на 4–5-му місяці життя дитини). Також залишається високим показник раннього припинення лактації (до 1–3 місяців) у 31,6% матерів. За даними дослідження, проведеного у дитячих поліклініках м. Києва, 98,3% дітей знаходилися на грудному вигодовуванні на момент виписки з пологового будинку. У подальшому на виключно природному вигодовуванні до 3-х місяців знаходилися 68,4%, до 6 місяців – 49%, а 29% малюків продовжували отримувати грудне молоко більше 9 місяців. Основними проблемами, що були виявлені в результаті проведеного дослідження є: несвоєчасне прикладання дитини до грудей, необізнаність матерів із технікою прикладання дитини до грудей, переведення на штучне вигодовування без вагомих причин.

За медичними рекомендаціями попереджувати відсутність лактації варто задовго до вагітності та народження дитини. Натомість в ході дослідження виявлено, що лише 65% опитаних планують народження дитини та готуються до народження малюка; 76% батьків засвідчили про необхідність отримання додаткової інформації з питань покращення здоров'я дитини.

Організація роботи з охорони, сприяння і підтримки грудного вигодовування, що проводиться в Україні в рамках ВООЗ/ЮНІСЕФ, Національної програми «Діти України», «Програми підтримки грудного вигодовування дітей України» МОЗ України, спрямована на підвищення лактаційної здатності жінок та частоти охоплення малюків природним вигодовуванням. Впровадження сучасних медичних технологій підтримки лактації сприяло зростанню частоти і тривалості грудного вигодовування в останні роки. Ефективній реалізації програм сприяє також впровадження в Україні ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини».

За даними наукових досліджень, макронутрієнтний склад харчових раціонів усіх вікових груп населення України, як чоловічої, так і жіночої популяції (середні значення), відповідає фізіологічним потребам за вмістом білка, проте у чоловіків є надлишковим за вмістом жирів та недостатнім за вмістом вуглеводів, у жінок – недостатнім за вмістом вуглеводів. Це відображається на збалансованості харчових раціонів, яка для раціонів чоловіків складала 1,0:2,8:5,2 для жінок – 1,0:2,1:5,1 (при оптимальному 1,0:1,0:4,0).

Індивідуальне споживання основних нутрієнтів коливається в широких межах. Так, рівень споживання білка, що відповідає фізіологічним потребам, реєструвався у 42,7% обстежених осіб, дефіцит білка виявлено у харчуванні 32,5% осіб, а підвищене споживання – у 24,8% осіб. Надлишковий вміст жирів у раціонах відмічався у харчуванні 27,9% обстежених

осіб, недостатній – у 27,9% осіб. Вуглеводна квота раціону в харчуванні 50,0% осіб чоловічої статі та в 55,0% осіб жіночої статі відповідала фізіологічним потребам. У вуглеводній квоті раціону значне місце займали прості вуглеводи (на 37% вище рекомендованих потреб).

Не менш важливе значення для організму мають мікронутрієнти, що належать до незамінних речовин їжі. Мікронутрієнти необхідні людині в будь-якому віці: дитячому і підлітковому, дорослому та похилому. Найбільш чутливі до розвитку мікроелементної недостатності плід, діти, жінки під час вагітності та годування грудьми.

Недостатнє вживання мікронутрієнтів з їжею є наслідком зниження енерговитрат і, відповідно, зменшення загальної кількості їжі. Також цьому сприяє монотонізація раціону, зведення до вузького стандартного набору окремих основних груп продуктів харчування, збільшення в раціоні рафінованих, висококалорійних, але низьких за вмістом вітамінів і мінеральних речовин продуктів, збільшення вживання консервованих продуктів та продуктів тривалого збереження, що призводить до втрати біологічно активних речовин.

Недостатнє надходження мікроелементів в дитячому та юнацькому віці негативно впливає на фізичний розвиток, захворюваність, успішність, сприяє поступовому розвитку порушень обміну і зрештою перешкоджає формуванню здорового покоління. Недостатнє вживання мікронутрієнтів знижує працездатність, опір до різних захворювань, посилює вплив на організм несприятливих екологічних умов. Так, дефіцит вітаміну С, каротину знижує активність імунної системи, є ризик-фактором розвитку серцево-судинних і онкологічних захворювань. Недостатнє вживання кальцію підвищує ризик розвитку рахіту у дітей, постменопаузного остеопорозу у жінок та старечого остеопорозу у чоловіків. Крім того, недостатнє забезпечення організму кальцієм є ризик-фактором карієсу зубів.

Недостатність мікронутрієнтів особливо небезпечна тим, що тривалий час не проявляється клінічно. Це так званий «прихований голод». Тривалий та глибокий дефіцит мікронутрієнтів веде до тяжких захворювань та може бути причиною смерті

В раціональному здоровому харчуванні важливу роль відведено достатньому і збалансованому споживанню незамінних харчових продуктів і так званих мікронутрієнтів, у т. ч. вітамінів, мінералів, жирних кислот і незамінних амінокислот. Типовим прикладом недостатності мікронутрієнтів вважається дефіцит йоду, який проявляється широким спектром розладів. Добова потреба в йоді становить 100–150 мкг в день. У регіонах з недостатністю йоду і значним ризиком розвитку йододефіцитних станів проживає понад 1,6 млрд населення, з яких у 655 млн діагностується зоб, у 11,2 млн – ендемічний кретинізм, у мільйонів людей спостерігається легші психомоторні порушення. За даними експертів, недостатність йоду є основною причиною розумової відсталості, яку можна попередити.

В Україні проблема йододефіцитних захворювань протягом останніх років значно загострилась. Це пов'язано з ліквідацією системи профілактики йододефіцитних захворювань, яка ґрунтувалася на масовому використанні йодованої солі, а також з помітним зменшенням в харчуванні населення продуктів, багатих на йод. Випуск йодованої солі скоротився, недостатнім є контроль за її якістю з боку санітарно-епідеміологічної служби. Ліквідовано централізоване забезпечення антиструміном для здійснення групової профілактики. Несприятливу роль в розвитку йододефіцитних станів відіграли значні зміни в характері харчування, зокрема зменшення в їжі морської риби і морепродуктів, багатих на йод, а також м'яса і молочних продуктів, вміст йоду в яких є відносно високим.

Вогнища ендемічного зобу традиційно реєструються в 7 ендемічних областях України – у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській та Чернівецькій областях. На сьогодні ситуація суттєво погіршилася, дефіцит йоду спостерігається практично в усіх регіонах країни, у т.ч. в м. Києві. Це вплинуло на збільшення частоти виникнення йододефіцитних захворювань, включаючи ендемічний зоб. В областях, де традиційно спостерігається дефіцит йоду, збільшується кількість дітей і підлітків з патологією щитовидної залози. Найчастіше виявляються вузлові форми зобу, аутоімунний тиреоїдит.

Нестача йоду обумовлює підвищене накопичення радіоактивного йоду в щитовидній залозі у значного контингенту жителів, особливо у дітей з регіонів, які постраждали в результаті аварії на Чорнобильській АЕС, а також робить вагомий внесок у збільшення кількості добро- та злоякісних захворювань щитовидної залози. Доведено, що якщо у 10–15% населення збільшена щитовидна залоза, то, відповідно, знижені індекси, що характеризують інтелект особистості. Отже, медико-соціальне та економічне значення недостатності йоду в Україні полягає в можливому зниженні інтелектуального і професійного потенціалу нації.

У 2009 р. в Україні зареєстровано 168,4 тис. випадків захворювань на дифузний зоб II–III ст., 76,4 тис. – на гіпотиреоз, 144,3 тис. – на тиреоїдит серед дорослого населення. У цілому серед населення України спостерігається негативна динаміка поширеності дифузного зобу II–III ст. Протягом 2000–2009 рр. показник зріс на 25,1% (рис. 2.16.8).

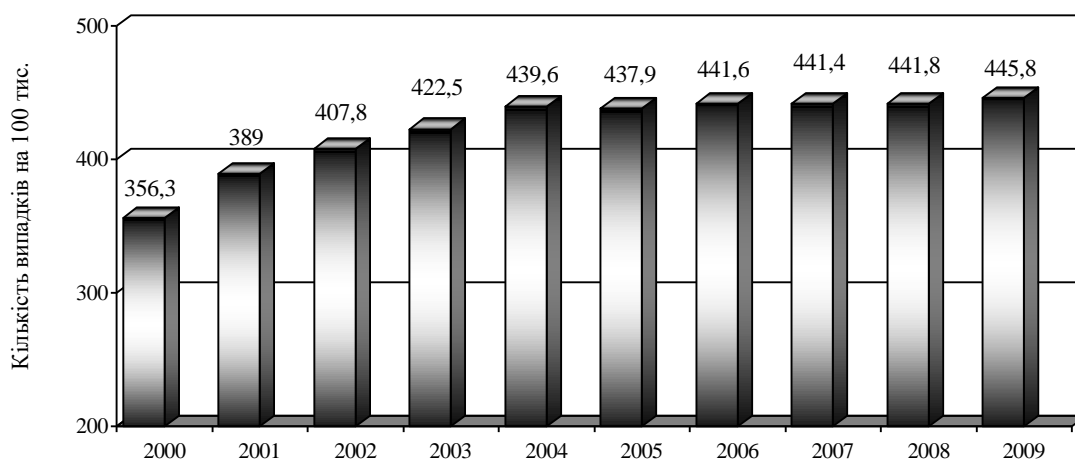


Рис. 2.16.8.. Поширеність дифузного зобу II–III ст. серед населення України у 2000–2009 рр. (на 100 тис. населення)

Дефіцит йоду має значні негативні наслідки для здоров'я дитячого населення. Недостатність цього елемента в організмі вагітних призводить до абортів, мертвонароджень, підвищених рівнів перинатальної смертності, природжених вад розвитку.

Недостатність йоду у новонароджених проявляється підвищеною смертністю, неонатальним зобом, гіпотиреозом, порушеннями розумового і фізичного розвитку.

Серед дітей протягом 2009 р. було виявлено 444,3 тис. випадків дифузного зобу I ст., 32,0 тис. – дифузного зобу II–III ст., 540 – гіпотиреозу, 5,9 тис. тиреоїдиту.

Протягом 2000–2009 р. на високому рівні тримається поширеність дифузного зобу II–III ст. серед дитячого населення України (рис. 2.16.9).

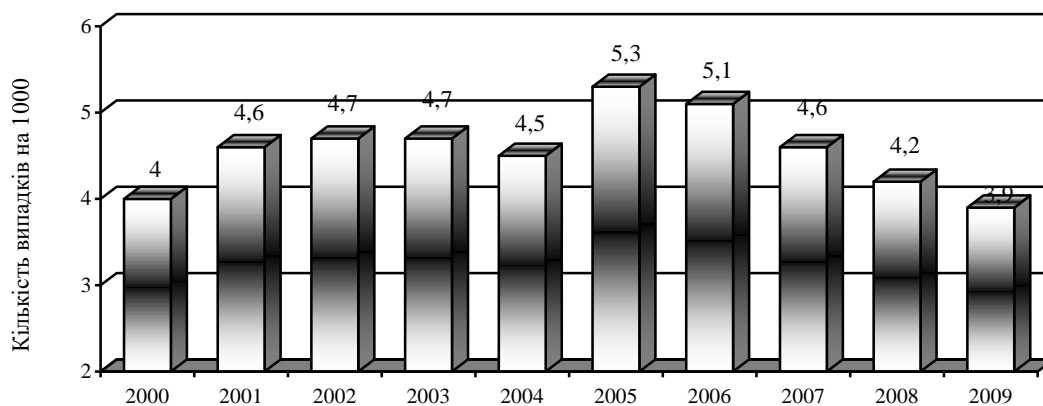


Рис. 2.16.9. Поширеність дифузного зобу II–III ст. серед дитячого населення України протягом 2000–2009 рр. (на 1000 населення)

Негативною є динаміка поширеності тиреоїдиту, яка протягом 2000–2009 рр. зросла на 16,7% (рис. 2.16.10).

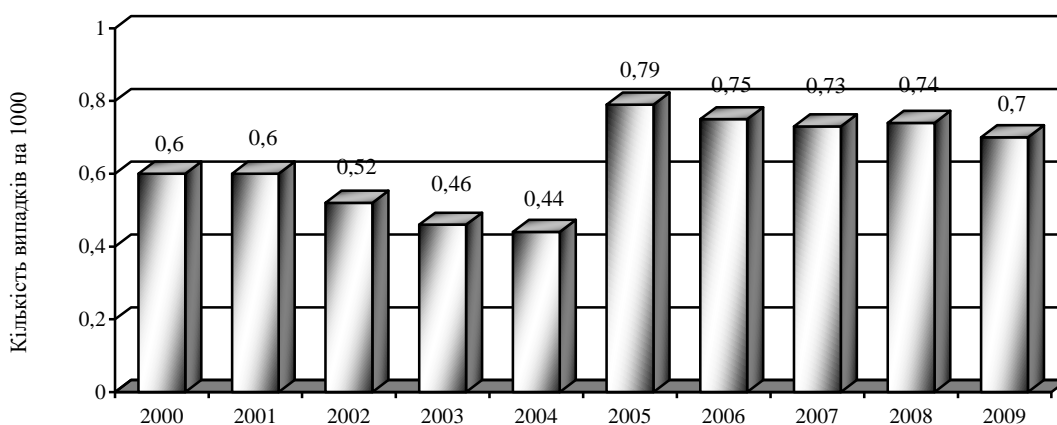


Рис. 23.16.10. Поширеність тиреоїдиту серед дитячого населення України (на 1000 населення)

Відомо, яку значну роль відіграє залізо у забезпеченні нормального функціонування організму людини. Скорочення в харчовому раціоні населення України продуктів тваринного походження, овочів та фруктів спричинило зростання поширеності залізодефіцитних станів.

Особливе занепокоєння викликає дефіцитність харчових раціонів за вмістом заліза у жінок дітородного віку, зокрема вагітних жінок, дитячого населення та підлітків. Дослідження українських вчених показали, що у 42,2% жінок дітородного віку харчування є дефіцитним за вмістом заліза. Доведено, що у дітей, які народжені або годуються жінками з порушеним обміном заліза, підвищується ризик розвитку анемії. Зокрема залізодефіцитна анемія і навіть латентний дефіцит заліза у вагітної в постнатальному періоді стають причиною сидеропенії у дитини як в першій, так і наступні роки життя. Залізодефіцитна анемія вагітної впливає не тільки на внутрішньоутробний розвиток, але й спричиняє гальмівний вплив на психомоторний розвиток дитини. Вплив залізодефіцитної анемії матері може простежуватися і в більш пізні терміни, наприклад у шкільному віці.

Анемії, у т.ч. залізодефіцитні, є поширеною патологією серед населення України, що має негативну тенденцію до зростання. Так, у 1995 р. поширеність анемії становила 901,3 на 100 тис. населення, у 2008 р. 1660,5 відповідно, тобто зросла в 1,8 разу.

Аналізуючи існуючі дефіцити мікронутрієнтів в харчовому раціоні жителів України, необхідно враховувати їх вплив на здоров'я з метою обґрунтування стратегій скорочення негативних наслідків незбалансованого харчування. Це вимагає міжсекторального підходу до вирішення проблем з особливим акцентом на поліпшення якості харчових продуктів, підвищення їх доступності, насамперед для вразливих груп населення, розширення практики збагачення харчових продуктів мікроелементами та вітамінами. При формуванні програм допомоги і підтримки населення першочергове значення повинно відводитися дітям і підліткам. Необхідним є створення соціально-економічних умов для нормального харчування вагітних і матерів, немовлят, дітей раннього, дошкільного і шкільного віку.

Таким чином, здоров'я населення має багатофакторну природу і формується під впливом різноманітних чинників, багато з яких знаходиться поза межами компетенції галузі охорони здоров'я. В сучасних умовах глобальний тягар хвороб у планетарному масштабі обумовлюють хронічні неінфекційні захворювання. Медико-соціальні наслідки та економічні втрати внаслідок цих порушень здоров'я в світі і Європі є досить значними. Багатьох з цих проблем можна було б уникнути або скоротити завдану ними шкоду завдяки профілактичним заходам.

Для організації ефективної боротьби з багатьма поширеними неінфекційними захворюваннями принципово важливим є знання чинників ризику, їх виникнення та активне впровадження стратегій боротьби з ними.

Аналіз ролі конкретних чинників ризику у формуванні пов'язаної з ними патології є найоптимальнішим методом розкриття загальних особливостей епідеміологічного процесу, їх прогнозних тенденцій та обґрунтування напрямів профілактики. Так, серед чинників ризику найбільш поширеної патології – серцево-судинних захворювань, провідну роль відіграють артеріальна гіпертензія, підвищений вміст холестерину крові та тютюнокуріння, дослідження поширеності яких та їх впливу на виникнення і перебіг хвороб має важливе значення для розробки сучасних стратегій попередження цієї соціально значущої патології, мінімізації її негативних наслідків.

Проблема надмірної маси тіла та ожиріння є актуальною для України. Надмірну масу тіла мають 29,7% українських жінок та 14,8% чоловіків. За статистичними даними, на вказану патологію страждає 30% населення України у віці від 25–30 років і майже 50% у віці 45–50 років. Це пов'язано, з одного боку, з тим, що у більшості населення харчовий раціон складається з дешевої, але некорисної, багатої на вуглеводи, їжі, з іншого – з патологічними порушеннями центральної нервової системи, гормональними розладами, кількість яких після Чорнобильської катастрофи значно зросла, з малорухливим способом життя. Малорухливий спосіб життя в Україні ведуть 37% чоловіків і 48% жінок. Навіть у молодому віці рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки характеризується як недостатній. Серед дитячого населення України рівень фізичної активності також є недостатнім. На жаль, протягом 25-річного періоду спостереження частота гіподинамії в популяції вдвічі збільшилась

серед чоловіків і в 1,5 разу серед жінок. Необхідно також враховувати генетичну схильність до ожиріння. Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність ожиріння прогресує з віком як у чоловічій, так і в жіночій популяції. При цьому найбільших значень показник досягає у старших вікових групах населення. Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33% у чоловіків і 27% у жінок.

Серед населення України спостерігається висока поширеність гіперхолестеринемії. Відповідних профілактичних втручань потребують 37% чоловіків і 50% жінок. Значущість високого вмісту холестерину в крові у формуванні хвороб системи кровообігу обумовлює необхідність профілактики цього чиннику ризику у популяції.

Значною проблемою для України є зловживання алкогольними напоями та пов'язані з цим високі рівні захворюваності і поширеності хвороб серед населення, отруєння, смертні випадки. Особливостями споживання алкоголю в Україні є вживання переважно міцних алкогольних напоїв, сурогатів алкоголю домашнього виготовлення, фальсифікація алкогольної продукції, поширення зловживання алкоголем серед молоді та жіночого населення.

З огляду на значущість здоров'я населення у контексті суспільно-економічного розвитку і безпеки країни, важливим завданням у сфері збереження і зміцнення громадського здоров'я та забезпечення майбутнього України є удосконалення державної політики у сфері харчування населення та забезпечення раціонального збалансованого харчування, особливо підростаючого покоління.

Протягом останніх років спостерігаються стійкі порушення в структурі харчування населення України. Наукові дослідження та дані статистики свідчать про різке зниження споживання населенням біологічно цінних продуктів. У населення України також спостерігається так званий «прихований голод» внаслідок дефіциту в харчовому раціоні вітамінів, особливо антиоксидантного ряду (А, Е, С), макро- і мікроелементів (йоду, заліза, кальцію, фтору, селену). Дефіцит вітамінів, макро- і мікроелементів, тваринного білка став масовим постійно діючим негативним чинником.

Існує значний дисбаланс у споживанні українцями основних груп харчових продуктів у порівнянні з рекомендованими рівнями відповідно до набору продуктів харчування для населення України. Сучасне харчування характеризується підвищеним рівнем споживання зернових продуктів, картоплі, кондитерських виробів та недостатнім рівнем споживання молока, м'яса, риби та продуктів їх переробки.

Наслідками нераціонального харчування є порушення харчового статусу мешканців України, виникнення гіповітамінозів і гіпомікроелементозів, зниження імунітету, погіршення показників фізичного розвитку, зростання серцево-судинної та ендокринної патології, захворювань ШКТ, дефіцитних анемії, остеопорозів та інших неінфекційних захворювань аліментарно обумовленого характеру. Нераціональне, розбалансоване, полідефіцитне харчування сприяє розвитку і різкому зростанню у населення хронічних неінфекційних захворювань, які набувають епідемічного характеру. Поширюються соціально зумовлені інфекційні хвороби, такі як туберкульоз, який також пов'язаний з недостатнім, в першу чергу білковим, харчуванням.

Досвід багатьох країн світу свідчить, що послідовна комплексна державна політика в галузі харчування, спрямована на забезпечення всіх груп населення повноцінним, раціональним харчуванням, дає позитивні результати в зниженні рівня захворюваності і поліпшення показників здоров'я населення. У більшості країн Європи, а також у США і Канаді, питання харчування населення, відповідно до національних програм, піднесені на державний рівень і перебувають під постійною увагою урядів цих країн. Саме тому у низці країн світу вдалося досягнути зниження рівня захворюваності і смертності від серцево-судинних захворювань на 30–50% і майже у 90% населення запобігти розвитку карієсу. За оцінками експертів ВООЗ, частка харчування у цих процесах становила до 40% серед усіх діючих чинників.

Нагальною потребою в Україні для обґрунтування рекомендацій з раціоналізації харчування (враховуючи розробку і уточнення норм фізіологічних потреб) є проведення широких системних досліджень з вивчення стану фактичного харчування працездатного населення. Моніторингові дослідження, метою яких є ефективна аліментарна корекція та профілактика аліментарно залежних захворювань працездатного населення різних груп фізичної активності, проводяться в дуже обмежених масштабах порівняно з іншими країнами, такими як Росія, Данія, Чехія, Угорщина, Австрія, Фінляндія, США, Канада та ін.

Відомо, що освіта та інформування громадськості про здорове харчування в школах, на робочих місцях, в магазинах, об'єктах громадського харчування впливають на звички харчування. Тому вивчення принципів здорового харчування слід обов'язково включати до навчальних програм в школах. Магазины та заклади громадського харчування повинні мати в асортименті продукти, які відповідають засадам здорового харчування. Потрібно впроваджувати високоякісну рекламу, щоб зробити такі продукти помітними та привабливими, демонструвати здорові продукти, наклеювати етикетки з інформацією про склад і поживні якості харчових продуктів. Вирішенню проблем сприятиме координація дій між працівниками засобів масової інформації, добровільними товариствами, медичними працівниками і працівниками харчової промисловості тощо.

Роботу персоналу первинної ланки охорони здоров'я необхідно спрямовувати на проведення ефективних освітніх заходів з метою підтримання здорових звичок харчування. Лікарі та медичні сестри повинні володіти сучасною доказовою базою знань та навичок для надання правильних порад і допомоги пацієнтам у подоланні можливих перешкод при зміні дієти.

Комплексний міжсекторальний характер діяльності із забезпечення раціонального харчування сприятиме скороченню поширеності аліментарно залежної патології серед населення, попередженню негативних зрушень у стані здоров'я, у споживанні харчових продуктів, підвищенню рівня гігієнічних знань та розширенню можливостей для здорового вибору.

В Україні вжито ряд заходів щодо вирішення питання поліпшення харчування населення, забезпечення відповідності його фізіологічним потребам та вимогам безпеки. У 2002 р. прийнято Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. якою визначено комплекс заходів щодо забезпечення потреб населення в адекватному раціональному безпечному харчуванні. У 2004 р. затверджено Концепцію державної політики у галузі харчування населення України, якою визначено мету, завдання, етапи

реалізації державної політики в галузі харчування, основні принципи та напрями її виконання, а також механізми забезпечення виконання Концепції.

Успішна реалізація державної політики у галузі харчування населення, виконання програмних комплексних заходів, спрямованих на вирішення цього питання, з урахуванням рекомендацій впливових міжнародних організацій, передусім ВООЗ, дозволить суттєво поліпшити харчовий статус українців, попереджувати порушення здоров'я, пов'язані з аліментарним чинником, підвищити рівень популяційного здоров'я населення.

Вирішити проблему харчування населення в Україні можливо за умов удосконалення державної політики у цій сфері та забезпечення раціонального збалансованого харчування усіх верств населення, особливо підростаючого покоління, шляхом досягнення максимального продовольчого самозабезпечення за основними видами харчових продуктів; забезпечення виробництва продовольства, в обсязі та асортименті достатньому для харчування за науково обґрунтованими нормами; дотримання відповідності харчових продуктів вимогам безпечності для здоров'я людини.

Враховуючи важливу роль аліментарних чинників у формуванні здоров'я, політика у сфері харчування має ґрунтуватися на міжсекторальних засадах, охоплювати освіту, законодавство та державне регулювання та передбачити координацію між охороною здоров'я та сільським господарством, співпрацю з харчовою промисловістю при виробництві та обробці харчових продуктів, селективний контроль за цінами та правила перевірки якості. Потребує нагального вирішення питання забезпечення державного регулювання та контролю якості і безпеки продуктів харчування на рівні норм міжнародного законодавства в галузі харчування.

Такий комплексний міжсекторальний підхід сприятиме ефективній діяльності із забезпечення раціонального збалансованого харчування, особливо підростаючого покоління, попередженню негативних зрушень у стані здоров'я, пов'язаних з нездоровим харчуванням, підвищенню рівня гігієнічних знань та розширенню можливостей для здорового вибору, скороченню поширеності аліментарно залежної патології серед населення, збереженню і зміцненню громадського здоров'я.