

2. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

2.1. Сучасні закономірності стану здоров'я населення України

Одним з основних завдань соціального та економічного розвитку країни нині та на майбутнє залишається зміцнення здоров'я населення, проведення ефективної демографічної політики, здійснення заходів щодо збільшення тривалості життя і трудової активності громадян. У сучасних умовах увага до проблем здоров'я зросла у зв'язку зі зниженням темпів формування трудових ресурсів в країні.

На стан медико-демографічної ситуації впливають рівні захворюваності населення. Цей показник характеризує можливість адаптації населення до чинників навколишнього середовища, тоді як поширеність захворювань значною мірою відображає накопичення хронічної патології, і зростання цього показника зумовлено, в тому числі, успіхами у лікуванні хвороб і подовженні тривалості життя хворих з гострими станами. Пов'язані з цим дослідження тенденцій захворюваності та поширеності хвороб становлять важливий розділ в оцінці сучасного громадського здоров'я і поряд з показниками медико-демографічного характеру є основою управління і програм розвитку охорони здоров'я.

Нині все ширше застосовується соціально-гігієнічний підхід в аналізі внутрішніх зв'язків системи «населення і його здоров'я – навколишнє середовище з обумовлюючою його соціально-економічною основою – ресурси охорони здоров'я».

У доповіді ВООЗ «Пріоритети у сфері охорони здоров'я» (2006) мова йде про те, що покращення здоров'я людини значною мірою зумовлено станом технічного прогресу.

У даному випадку технічний прогрес означає будь-які досягнення у сфері знань, що призводять до практичного покращення стану справ у різних галузях, зокрема в охороні здоров'я. Йдеться про розробку й застосування як простих, так і складних методів лікування – таких як пересадка органів, ангіопластика тощо. Сюди належить і прогрес у сфері профілактики захворювань, в т.ч. розробка вакцин, прості зміни в гігієнічній поведінці. Мова йде про інноваційні методи стандартного лікування. Технічний прогрес охоплює також новаторські зміни в інституціональних умовах і системах управління. Сюди входить організація та управління системою охорони здоров'я і медичного обслуговування, зокрема застосування нових, більш ефективних методів, визначення потреби в медичних кадрах і їх навчання, розробка заходів з розширення доступності та якості послуг з охорони здоров'я.

Стан здоров'я населення визначається також ступенем забруднення довкілля, спадковістю, генетичними чинниками.

Найбільше на стан здоров'я впливають спосіб і умови життя населення (трудові і соціально-психологічні чинники у виробничій і невиробничій сферах; фізична активність; діяльність у побуті; медична активність).

Кожний з чинників може бути провідним у певних ситуаціях, але найчастіше стан здоров'я визначається поєднаним впливом різних чинників.

За даними Євробюро ВООЗ, до десяти основних чинників щодо тягаря хвороб в Україні у загальному числі DALY (кількість втрачених років здорового життя) належать: тютюн, алкоголь, підвищений артеріальний тиск, високий рівень холестерину, високий

індекс маси тіла, недостатнє вживання фруктів і овочів, недостатня фізична активність, небезпечний секс, наркотики, свинець. Ці чинники є однаковими для чоловіків і жінок, але з різницею у їх питомій вазі (табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

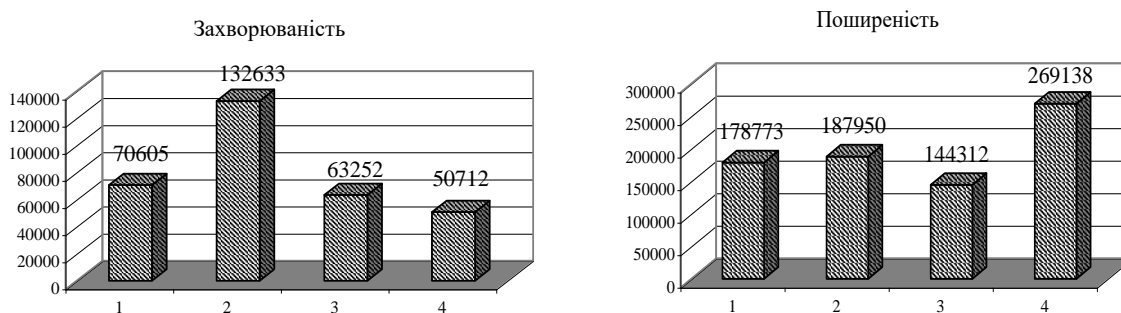
Десять основних чинників щодо тягаря хвороб в Україні, ранжируваних відповідно до їх питомої ваги у загальному числі DALY (за даними Євробюро ВООЗ)

Ранг	Чоловіки	Усього DALY (%)	Жінки	Усього DALY (%)
	чинник ризику		чинник ризику	
1.	тютюн	20,2	підвищений артеріальний тиск	20,3
2.	алкоголь	18,3	високий рівень холестерину	16,6
3.	підвищений артеріальний тиск	13,9	високий індекс маси тіла	11,4
4.	високий рівень холестерину	12,7	недостатнє вживання фруктів та овочів	8,6
5.	недостатнє вживання фруктів та овочів	7,6	недостатня фізична активність	6,4
6.	високий індекс маси тіла	7,2	алкоголь	4,3
7.	недостатня фізична активність	4,9	тютюн	3,0
8.	наркотики	4,1	небезпечний секс	2,3
9.	свинець	1,2	наркотики	1,7
10.	небезпечний секс	1,1	дим у приміщеннях від згорання твердого палива	1,5

У 2007 р. населенням України здійснено 32,8 млн звертань з приводу захворювань, які виявлені вперше. Всього у цьому році зареєстровано 83,1 млн випадків хвороб. На 100 тис. усього населення їх кількість становить 70605,4 і 178773,4 відповідно.

У 2007 р. рівень захворюваності на всі хвороби був найвищим серед населення віком 0–17 років, рівень поширеності хвороб – серед осіб старших вікових груп і дітей (рис. 2.1.1).

Найбільші темпи приросту захворюваності та поширеності хвороб у період 2005–2007 рр. спостерігались серед осіб, старших за працездатний вік.



1 – все населення; 2 – діти; 3 – особи працездатного віку; 4 – особи, старші за працездатний вік

Рис. 2.1.1. Рівень захворюваності та поширеності хвороб серед населення України у 2007 р. (на 100 тис. відповідного населення)

Структуру захворюваності та поширеності хвороб серед населення України наведено на рис. 2.1.2 та 2.1.3.

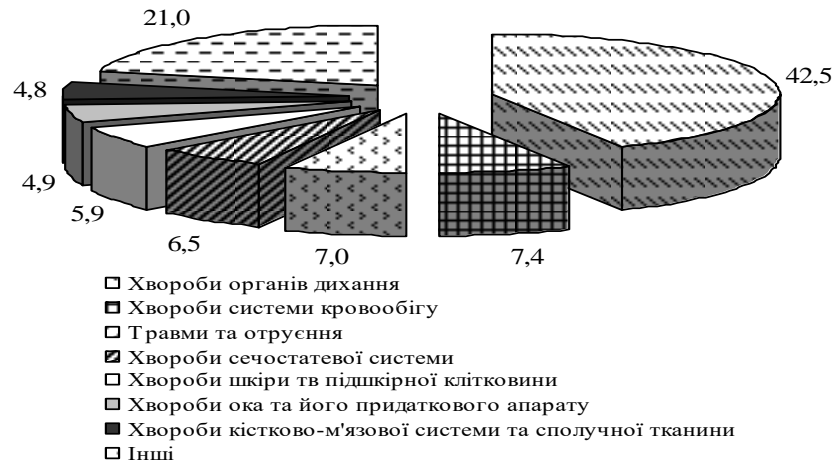


Рис. 2.1.2. Структура захворюваності всього населення України у 2007 р. (%)

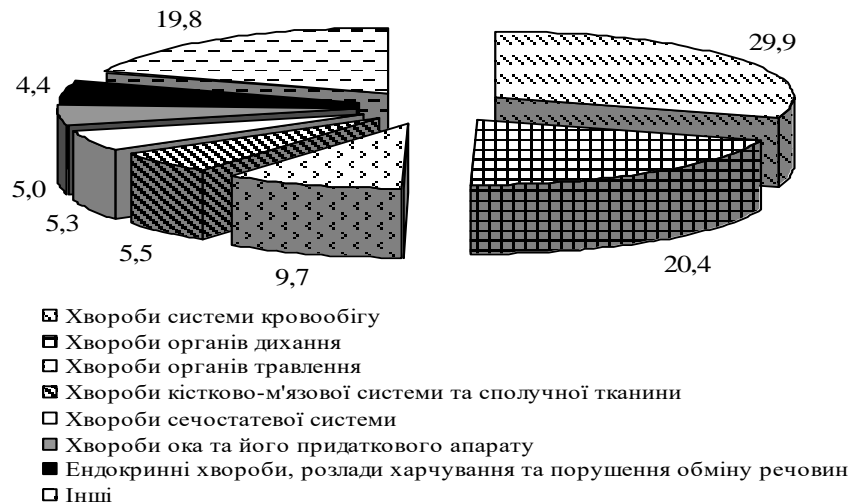


Рис. 2.1.3. Структура поширеності хвороб серед усього населення України у 2007 р. (%)

Прогнозується подальше зростання захворюваності населення з 68,9 тис. у 2006 р. до 71,3 тис. на 100 тис. усього населення у 2008 р. Зокрема, порівняно з 2006 р. у 2008 р. почастішають такі соціально значущі хвороби, як злоякісні новоутворення – на 2,6%, хвороби системи кровообігу – на 9,5%. Водночас прогнозується зниження кількості травм та отруєнь – на 1,0%.

Серед хвороб, які характеризують стан сучасної неепідемічної патології, провідна роль належить *серцево-судинним і судинно-мозковим хворобам*. Ці захворювання, особливо ішемічна хвороба серця, сьогодні значно поширені і стали головною причиною смерті. Їх поширеність (включно з судинними ураженнями головного мозку) досягла у 2007 р. 53412,4 на 100 тис. усього населення; ними обумовлено близько 64,0% усіх випадків смерті і третина причин інвалідності.

Хвороби системи кровообігу з п'ятого місця у структурі захворюваності і з другого – у структурі поширеності, як це було у 1998 р., перемістилися на друге місце в структурі захворюваності і перше – в структурі поширеності хвороб.

У 2007 р. всього зареєстровано 24,8 млн відвідувань з приводу серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб, тобто 29,1%, або майже кожний третій випадок хвороби, з яким звернулися в лікувально-профілактичні заклади, був з приводу хвороб системи кровообігу. Що стосується вперше виявлених хвороб системи кровообігу, то у 2007 р. їх кількість становила 2,4 млн (5244,3 на 100 тис. населення). Захворюваність на ці хвороби у період 2005–2007 рр. зросла на 1,6%, поширеність – на 6,2% (рис. 2.1.4).

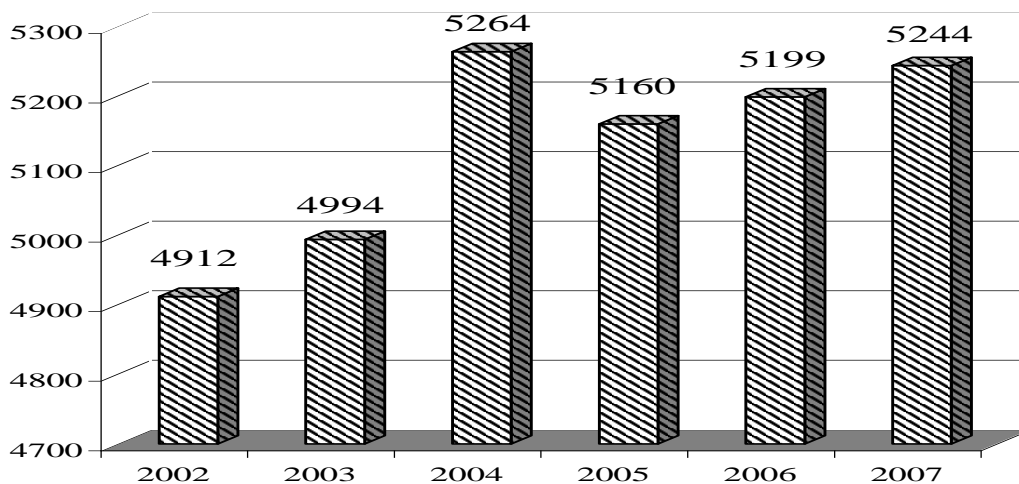


Рис. 2.1.4. Захворюваність на хвороби системи кровообігу в Україні (на 100 тис. усього населення)

Що стосується хворих на патологію системи кровообігу, які потребували лікування, то у 2005 р. кількість вибулих із стаціонарів в Україні становила 3462,3 в Європейському регіоні 2637,4, в країнах ЄС – 2442,6 на 100 тис. населення.

Серед хвороб системи кровообігу стали тенденцію до зменшення рівня захворюваності мають гостра ревматична гарячка, хронічні ревматичні хвороби серця, ревматизм (усі форми) (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Динаміка рівня захворюваності на окремі хвороби системи кровообігу (на 100 тис. усього населення)

Нозологічна форма	Рік					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Гостра ревматична гарячка	9,4	7,6	6,3	5,7	4,2	3,2
Хронічні ревматичні хвороби серця	12,5	11,6	11,4	10,0	9,0	8,1
Ревматизм (усі форми)	20,9	19,2	17,6	14,9	13,1	11,3
Гіпертонічна хвороба (усі форми)	2314,3	2354,7	2513,7	2451,0	2451,7	2591,6
Ішемічна хвороба серця	1595,4	1606,2	1667,0	1607,0	1615,2	1712,3
Цереброваскулярні хвороби	939,8	936,1	952,9	938,3	949,1	894,8
Гострий інфаркт міокарда	113,6	116,2	120,8	123,8	124,6	129,6

Соціально-гігієнічне значення хвороб системи кровообігу визначається ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою і судинними ураженнями мозку.

ІХС посіла друге місце в структурі захворюваності, поширеності хвороб – у структурі смертності і друге – у в структурі первинної інвалідності.

У осіб до 30 років вона фактично не реєструється, водночас на неї страждають близько 2% осіб віком 30–39 років, 11% населення віком 40–49 років, 32% осіб 50–59 років і 55% населення віком 60 років і старших. У цілому це захворювання більше поширено серед жінок, але рівень захворюваності на ІХС чоловіків 15–59 років вищий. При цьому у них ІХС у п'ять разів частіше призводить до стійкої втрати працездатності і майже у чотири рази частіше – смертності, ніж у жінок цього ж віку. У 2007 р. серед усього населення зареєстровано 8,3 млн випадків ІХС (21877,5 на 100 тис.), з них вперше виявлених 649,5 тис. (1712,3 на 100 тис.).

Гіпертонічна хвороба посіла перше місце в структурі захворюваності на хвороби системи кровообігу і їх поширеності. У 2007 р. її частка в структурі захворюваності становила 49,4%, у структурі поширеності – 56,0%. У 2007 р. захворюваність на гіпертонічну хворобу становила 2591,6 на 100 тис. населення і підвищилась порівняно з 2006 р. на 5,7% і з 2002 р. на 10,1%. Поширеність гіпертонічної хвороби також зросла у 2007 р. порівняно з 2006 р. на 8,4%, порівняно з 2002 р. – на 22,8%, що значною мірою зумовлено більш активними зусиллями у її виявленні. У структурі смертності і первинної інвалідності гіпертонічна хвороба посідає третє місце.

У 2007 р. зареєстровано 3,1 млн звертань з приводу всіх випадків цереброваскулярних хвороб (8219,3 на 100 тис.) і 373,5 тис. звертань з приводу вперше виявлених хвороб (984,8 на 100 тис.). У 2007 р. спостерігався вищий рівень поширеності судинно-мозкових захворювань, ніж рік тому, на 7,4%, ніж п'ять років тому, – на 18,8%. Це пояснюється збереженням життя хворим з гострою судинно-мозковою патологією і, відповідно, накопиченням таких пацієнтів. За рівнем первинної інвалідності цереброваскулярні хвороби посіли перше місце, за рівнем смертності поступаються лише ІХС.

Дані про поширеність серцево-судинних захворювань свідчать, що сьогодні на них, причому уже в молодому віці, населення страждає значно частіше, ніж звикли вважати, а це потребує невідкладного вирішення організаційних питань щодо профілактики і лікування цієї патології. Серцево-судинні та судинно-мозкові захворювання є соціальною проблемою, для вирішення якої необхідна державна підтримка, координація зусиль центральних та місцевих органів виконавчої влади.

Одному з найпоширеніших захворювань в Україні – артеріальній гіпертензії – присвячено Указ Президента України від 04.02.1999 р. №177/99 «Про Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні». Зазначений нормативно-правовий акт виданий з метою зниження захворюваності населення на артеріальну гіпертензію, ІХС, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень артеріальної гіпертензії, подовження тривалості та якості життя хворих.

Велике практичне значення в боротьбі з хворобами системи кровообігу має прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 р. №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки».

Проблеми боротьби з ураженням серцево-судинними і судинно-мозковими хворобами знайшли відображення в постанові Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. №14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки». З метою зниження смертності та скорочення захворюваності на цю патологію

зазначеною постановою регламентовано основні заходи щодо вирішення медико-соціальних проблем хворих з патологією системи кровообігу.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 29.11.2000 р. №1752 «Про затвердження комплексних заходів розвитку дитячої кардіохірургічної служби» відкрито Всеукраїнський центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України.

У 2007 р. Інституту кардіології АМН України присвоєно статус Національного наукового центру кардіології.

У кінці 2007 р. відкрито Київський міський центр серця. Це заклад високих європейських стандартів діагностики і лікування, де виконуватимуть операції, які раніше проводилися лише за кордоном.

Злоякісні новоутворення у новому тисячолітті залишаються важливою медико-біологічною та соціально-економічною проблемою у світі і в Україні. В нашій країні кількість нових випадків раку щорічно перевищує 150 тис. Хворі на злоякісні новоутворення втрачають у середньому близько 18 років життя, з них 40% – у працездатному віці.

У 2007 р. вперше виявлено 154,1 тис. випадків злоякісних новоутворень (331,7 на 100 тис.), з них 345,3 – у міських жителів, 302,9 на 100 тис. – у мешканців сільської місцевості. Для порівняння: у 2004 р. в Україні захворюваність на злоякісні новоутворення становила 327,9, у Європейському регіоні – 3861,6, у країнах ЄС – 460,1 на 100 тис. населення.

Поширеність раку у відсотках до всього населення у 2004 р. в Україні була на рівні 1,78, у Європейському регіоні – 1,73.

Найвищі рівні захворюваності на злоякісні новоутворення зареєстровано щодо органів травлення (83,9 на 100 тис. усього населення); жіночих статевих органів (64,9); молочної залози (61,2). Позитивним моментом є зниження захворюваності на всі локалізації раку у 2007 р. порівняно з 2005 р. на 0,8% (рис. 2.1.5).

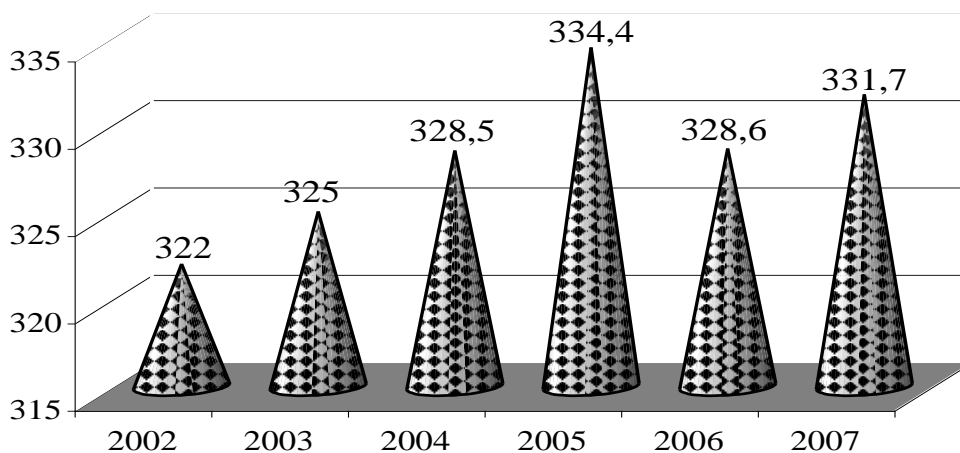


Рис. 2.1.5. Захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні (на 100 тис. усього населення)

Динаміку захворюваності на злоякісні новоутворення окремих локалізацій наведено у табл. 2.1.3.

Динаміка рівня захворюваності на окремі злоякісні новоутворення у 2002, 2005, 2007 рр.
(на 100 тис. усього населення)

Локалізація	Захворюваність			Динаміка змін (%) 2007 / 2002	Динаміка змін (%) 2007 / 2005
	рік				
	2002	2005	2007		
Молочна залоза	56,2	61,4	61,2	+8,9	-0,3
Шлунок	28,1	27,1	25,3	-10,0	-6,6
Пряма кишка	17,3	18,4	18,8	+8,7	+2,2
Шийка матки	18,6	18,4	19,6	+5,4	+6,5
Трахея, бронхи, легені	41,5	40,0	38,0	-8,4	-5,0
Передміхурова залоза	23,7	25,8	28,1	+18,6	+11,1
Лейкози	7,7	7,7	7,6	-1,3	-1,3

Встановлено, що високий ризик виникнення онкологічної патології спостерігається серед працівників канцерогенно небезпечних підприємств. Так, за даними ВООЗ, онкологічна патологія від 5 до 40% випадків викликана негативними впливами на хворого виробничих канцерогенних факторів. Підтвердження низького рівня виявлення захворюваності населення на цю патологію є та обставина, що високі рівні онкологічної захворюваності спостерігаються в областях зі значною концентрацією канцерогенно небезпечних підприємств.

Заходи щодо боротьби з онкологічною патологією здійснюються на всіх рівнях управління. Президент В.А. Ющенко підписав від України паризьку Хартію боротьби з раком.

Затверджено Концепцію загальнодержавної програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 10.03.2006 №393-р). Головною метою цієї програми є підвищення ефективності загальнодержавних заходів щодо поліпшення якості та доступності медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення, впровадження державних гарантій медичної допомоги, удосконалення умов для поліпшення якості життя онкологічних хворих та його подовження.

Основні завдання Програми: реалізація заходів, спрямованих на своєчасне виявлення онкологічних захворювань, зниження смертності та інвалідності населення внаслідок цієї патології та зменшення захворюваності; забезпечення максимально можливої в існуючих соціально-економічних умовах якості життя онкологічних хворих та їх адаптація у суспільстві, створення належних умов для онкологічних хворих у термінальних станах.

Прийняття зазначеної програми дає змогу окреслити і конкретизувати можливості державної підтримки запобігання цій патології та лікування хворих на рак, визначити необхідні обсяги фінансування Програми на реалізацію відповідних заходів щодо онкологічних захворювань.

Затверджено Державну програму «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр. (Постанова Кабінету Міністрів України від 19.07.2006 №983). Метою цієї програми є забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я дітей щодо надання високоякісної

медико-соціальної допомоги дітям із злякисними новоутвореннями, збільшення кількості дітей, що одужують, зниження рівня інвалідності та смертності дітей з онкологічними захворюваннями.

При розробці Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. проблемі зниження онкозахворюваності приділено особливу увагу. Це питання висвітлено в окремому розділі «Боротьба з раком». Він включає аналіз ситуації з онкозахворюваності в Україні, завдання, які стоять перед охороною здоров'я, заходи, необхідні для поліпшення становища. Враховуючи, що зниження захворюваності на рак та смертності від нього можна досягти лише при комплексному міжгалузевому підході до вирішення проблеми, програмою передбачено участь усіх зацікавлених міністерств і відомств.

Важливу роль у формуванні здоров'я відіграють *травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників*, які є не тільки причиною значних соціальних та економічних збитків, але й призводять до загибелі великої кількості людей.

Зростаючою проблемою, як у світі так і в Україні, є дорожньо-транспортний травматизм. Більше половини людей, що загинули в автокатастрофах, – люди віком від 15 до 44 років. Крім того, за даними Всесвітньої доповіді про попередження дорожньо-транспортного травматизму (ВООЗ, 2004), у зв'язку з дорожньо-транспортним травматизмом країни з низьким і середнім рівнем доходів втрачають 1–2% їх валового національного продукту.

Упродовж ряду попередніх років кількість випадків травм та отруєнь серед населення України мала тенденцію до зниження. Водночас у 2003 і 2005 рр. показник частоти травм та отруєнь зріс. Відповідними були і зміни поширеності цієї патології. Традиційно рівень травм та отруєнь серед чоловіків вищий, ніж серед жінок. Це перевищення досягло 1,8 разу.

У 2007 р. серед усього населення зареєстровано 2 млн 284 тис. первинних звертань до ЛПЗ з приводу травм та отруєнь (на 100 тис. населення – 4915,8 випадку). Рівень травм та отруєнь зріс порівняно з 2005 р. на 2,3%, порівняно з 2002 р. – на 5,8% (рис. 2.1.6).

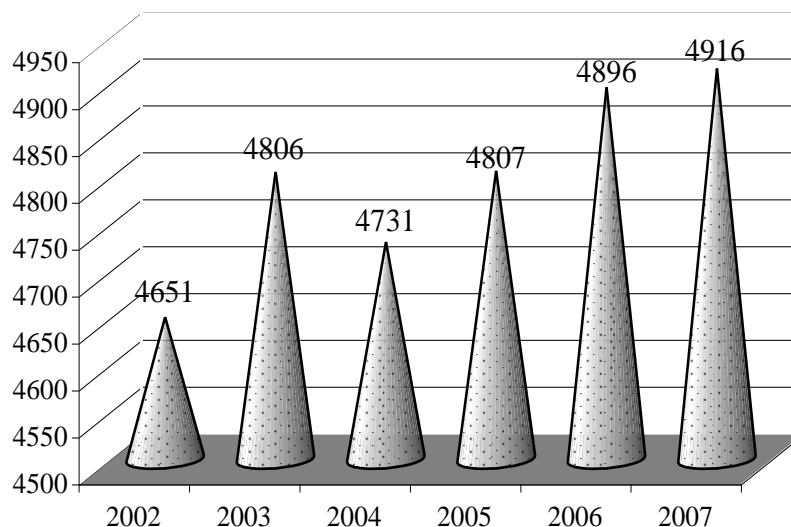


Рис. 2.1.6. Захворюваність на травми та отруєння в Україні (ва 100 тис. усього населення)

Що стосується хворих з травмами та отруєннями, які потребували лікування, то у 2005 р. кількість вибулих із стаціонарів в Україні становила 1670,7, в Європейському регіоні – 1532,7, у країнах ЄС – 1518,0 на 100 тис.

Що стосується безпосередньо травматизму, то найвищі рівні травм реєструються в підлітковому віці, найменші – серед осіб у віці, старшому за працездатний. Частота появи травм збільшується з віком дитини. Так, у дітей 7–14 років цей показник є більшим, ніж у віці 6 років, у 1,6 разу. В структурі підліткового травматизму найбільшу питому вагу становлять побутовий та вуличний види травматизму (близько 90%), спортивний та дорожньо-транспортний мають значно меншу частку (табл. 2.1.4). Темпи приросту за 4-річний період – найвищі стосовно вуличного (+55,4%) та дорожньо-транспортного його видів (+44,3%). Найбільшу частоту травматизму серед дітей 0–17 років у 2007 р. зареєстровано в містах Севастополі та Києві і АР Крим, де показник перевищував середній по Україні в 1,4–2,5 разу.

Таблиця 2.1.4

Травматизм (різні види) на 10 тис. відповідного населення у період 2002–2007 рр.

Види травматизму		Роки					
		2002	2003	2004	2005	2006	2007
Побутовий	все нас.	359,7	367,9	368,7	375,7	383,0	386,9
	діти	278,3	273,4	282,0	289,0	300,4	302,5
	підлітки	411,7*	382,8	378,6	365,5	373,6	394,7
Дорожньо-транспортний	все нас.	6,9	6,8	7,1	7,1	7,7	8,8
	діти	3,9	4,2	3,9	4,0	4,1	4,4
	підлітки	8,2*	8,8	9,5	9,2	9,9	12,7
Вуличний	все нас.	62,8	73,6	68,1	70,7	73,6	70,7
	діти	118,7	129,3	119,6	127,0	130,0	133,6
	підлітки	66,8*	93,3	107,2	121,6	141,0	145,0
Спортивний	все нас.	4,9	4,7	4,6	4,7	4,9	5,0
	діти	10,8	15,3	15,3	17,2	19,1	20,8
	підлітки	23,5*	23,0	24,5	25,0	27,5	28,5
Усі види	все нас.	465,1	480,6	473,1	480,7	489,6	491,6
	діти	450,2	454,4	451,7	470,2	487,0	493,3
	підлітки	533,5*	528,0	542,7	560,0	578,2	609,8

*Показник за 2001 р.

У 2007 р. серед окремих територій найвищим рівнем травматизму серед усього населення виділялися міста Київ і Севастополь, Чернігівська, Київська, Донецька, Житомирська, Луганська області. Порівняно невисокі показники травматизму зареєстровано переважно в областях західного регіону.

Серед травм, які реєструються в Україні, 90% становлять травми опорно-рухового апарату. З цього приводу щорічно виконується понад 240 тис. оперативних втручань за новими технологіями. Окремою проблемою є лікування множинних переломів кінцівок і таза у потерпілих з політравмою із заміщенням дефектів кісток і м'яких тканин.

Боротьба з травматизмом в Україні здійснюється в багатьох напрямках, із застосуванням різних методів і засобів, включаючи проведення просвітницької роботи, вдосконалення діяльності аварійно-рятувальних і протипожежних служб, поліпшення

безпеки транспортних шляхів до рівня світових стандартів, нагляд за транспортними потоками і засобами, оснащення притрасових закладів охорони здоров'я, підвищення якості надання швидкої і невідкладної допомоги, у т.ч. в цілодобових травмпунктах, забезпечення налагодження сучасних засобів госпіталізації для транспортування постраждалих тощо.

Подальшої уваги потребують хвороби, які становлять значну частку у структурі захворюваності та поширеності хвороб (*хвороби органів дихання, травлення, сечостатевої системи, шкіри та підшкірної клітковини, ока та його додаткового апарату, ендокринної, кістково-м'язової систем*), а також ті, що значно зросли останнім часом (*хвороби крові й кровотворних органів, ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду і всі інші*).

Зважаючи на важливість зазначених проблем, першочергові заходи щодо збереження і зміцнення здоров'я населення започатковано в Указі Президента України від 06.12.2005 р. №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», в новій програмі Уряду «Український прорив», прийнятій 16 січня 2008 р. (Програма), медичні аспекти якої обґрунтовано на основі сучасних наробок АМН та МОЗ України.

У вступі до розділу вказаної програми «Високоякісна і доступна охорона здоров'я» зазначено, що пріоритетами у діяльності органів виконавчої влади на всіх рівнях мають стати забезпечення: високоякісної і доступної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров'я на запобігання захворюванням; безпечного і сприятливого для здоров'я середовища життєдіяльності людини (умов праці, проживання, навчання, відпочинку, харчування); здорового способу життя населення і поліпшення демографічної ситуації.

Щоб досягти цього якісно нового рівня здоров'я нації, Уряд визначив чіткий комплекс завдань, які необхідно виконати.

Керівники галузі та медичні працівники повинні спрямувати зусилля на поліпшення здоров'я дітей і матерів, медичну допомогу особам із соціально значущими хворобами, зокрема серцево-судинними та онкозахворюваннями, боротьбу із соціально небезпечними інфекційними хворобами. Держава сконцентрує ресурси на створенні спеціалізованих клінічних закладів.

Планується активна підтримка здорового способу життя, виховання у молоді культу піклування про власне здоров'я. Для цього потрібно принципово змінити підхід до інформування населення та просвітницької роботи.

Серед першочергових завдань – медичне забезпечення населення у регіонах, насамперед у сільській місцевості, забезпечення автомобілями і обладнанням лікувально-профілактичних закладів на селі.

Невідкладним є поліпшення системи підготовки кадрів, враховуючи не тільки кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я у регіонах, але й відповідність фахівців кваліфікаційним вимогам, плинність кадрів та еміграційні процеси. Для цього слід змінити підхід, впорядкувати кваліфікаційну систему, забезпечити соціальний захист медичних працівників відповідно до їх кваліфікації та трудового внеску.

Для вирішення цих завдань потрібна серйозна підтримка медичної науки.

Національною радою з питань охорони здоров'я при Президентіві України у зв'язку із загостренням демографічної кризи узгоджено в цілому проект Концепції загальнодержавної програми «Здорова нація», спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення. Програма передбачає наголос на стимулюванні здорового способу життя, боротьбі зі шкідливими звичками, насамперед із тютюнокурінням і надмірним вживанням алкоголю. Важливу роль при цьому відіграють соціальна реклама, залучення до пропагування здорового способу життя громадських об'єднань, профспілки, авторитетних державних діячів.

За ініціативи Президента України у березні 2007 р. відбувся Всеукраїнський форум «Здорова нація». Захід проводився з метою вирішення актуальних проблем у сфері охорони здоров'я, поліпшення демографічної ситуації в країні, популяризації здорового способу життя й визначення шляхів поліпшення системи охорони здоров'я.

Розроблено Національний план дій з охорони здоров'я, який передбачає реформування вітчизняної охорони здоров'я. Це нова програма, в якій враховано сьгоднішні вимоги і проблеми, які стоять перед охороною здоров'я. Стратегія і тактика розвитку галузі передбачає коротко-, середньо- та довгострокові заходи (до 2011 р.).

2.2. Характеристика стану здоров'я дитячого населення України

Життя і здоров'я громадян визнані в Україні найвищою соціальною цінністю, що проголошено Конституцією України та іншими державними нормативно-правовими актами. Здорове молоде покоління є запорукою стабільного розвитку країни, тому закономірно, що охорона здоров'я дітей і молоді має входити до пріоритетів соціальної політики і бути однією з найважливіших сфер піклування держави.

Основами законодавства України про охорону здоров'я визначено, що суспільство і держава відповідальні за рівень здоров'я молоді і забезпечують для неї поліпшення умов навчання, праці, побуту та відпочинку, вирішення екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Занепад інституту сім'ї, поява у зв'язку з цим нуклеарної, а потім і субнуклеарної сім'ї, а також інші явища, характерні для сучасного суспільства (зміна суспільного ладу, прискорення темпу життя, зростаючий обсяг інформації, недотримання здорового способу життя тощо), ускладнюють для молодих людей здійснення вибору і прийняття вірних рішень, що в ряді випадків згубно впливає на здоров'я.

Важливе значення у зв'язку з цим надається здоров'ю дітей і молоді у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» та Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. У них наголошується на пріоритетності збереження здоров'я підростаючого покоління.

Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму передбачає постійний моніторинг показників здоров'я дітей з метою визначення пріоритетних проблем, виявлення особливостей і тенденцій стану здоров'я, без знання про які неможливе здійснення відповідних заходів щодо його поліпшення.

При аналізі захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення (0–17 років) виявлено сучасні характеристики їх рівня, структури і динаміки.

У 2007 р. рівень захворюваності та поширеності хвороб становив 1326,3 і 1879,5 на 1000 дітей і був вищим порівняно з 2005 р. на 6,0 і 4,5% відповідно (табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед населення України у період 2005–2007 рр.
(на 100 тис. відповідного населення)

Група населення		Рік			Темп приросту (%)	
		2005	2006	2007	2007/2006	2007/2005
Все населення	п	172633,0	174577,5	178773,4	+2,4	+3,6
	з	69876,1	68962,8	70605,4	+2,4	+1,0
Діти 0–17 років	п	179786,0	181370,0	187950,0	+3,6	+4,5
	з	125179,0	126118,0	132633,0	+5,2	+6,0

п – поширеність хвороб; з – захворюваність

У структурі захворюваності дітей переважають хвороби органів дихання (63,9%), шкіри та підшкірної клітковини (5,6%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (4,2%), травми та отруєння (3,9%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,4%), вуха та соскоподібного відростка (3,1%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (2,3%), сечостатевої системи (2,3%) (рис. 2.2.1).

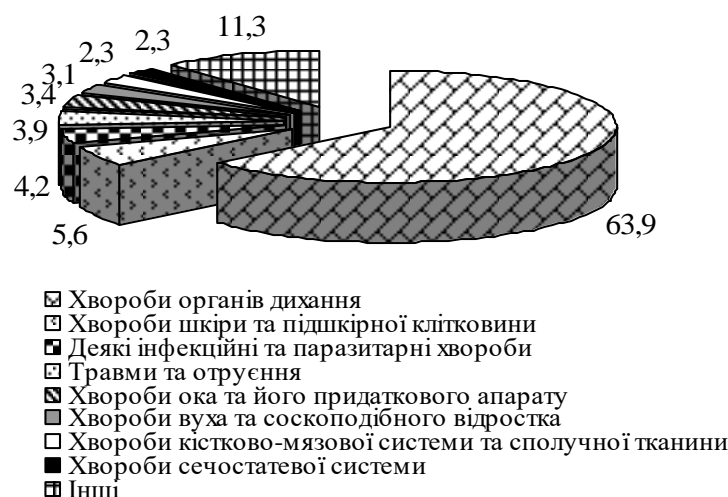


Рис. 2.2.1. Структура захворюваності серед дитячого населення (0–17 років) у 2007 р. (%)

У структурі поширеності хвороб серед дітей найбільшою є частка хвороб органів дихання, травлення, ока та його придаткового апарату; ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин; шкіри та підшкірної клітковини, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, деяких інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб нервової системи (рис. 2.2.2).

Слід зазначити, що у період 2005–2007 рр. рівень захворюваності за рядом класів хвороб зменшився, найбільш значно – щодо хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-8,0%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (-4,6%), хвороб сечостатевої системи (-4,2%), ока та його придаткового апарату (-2,9%), шкіри та підшкірної клітковини (-1,8%).

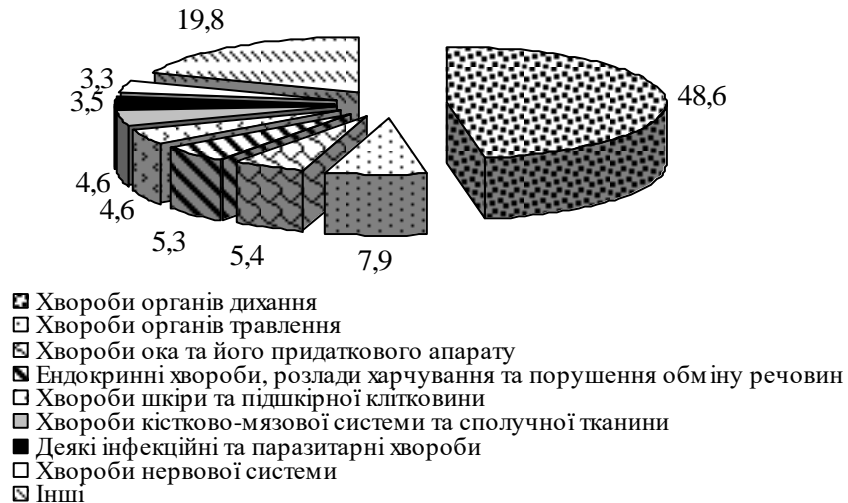


Рис. 2.2.2. Структура поширеності хвороб серед дитячого населення (0–17 років) у 2007 р. (%)

Що стосується поширеності хвороб, то зміни цього показника були різноспрямованими. Рівень поширеності за семи класами хвороб знизився, найбільш значно – щодо хвороб ендокринної системи (-8,6%), органів травлення (-3,7%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (-2,8%), хвороб нервової системи (-2,1%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-2,1%). Стабілізувалася захворюваність на новоутворення, хвороби крові й кровотворних органів, шкіри та підшкірної клітковини, природжені вади розвитку.

Найбільш поширеною патологією у дітей є хвороби органів дихання. У 2007 р. у дітей вперше виявлено 847,2 випадку хвороб на 1000 дітей. Поширеність цих хвороб становила 912,9 на 1000 дітей. Темп приросту захворюваності за останні два роки становив 8,2%, поширеності – 7,8%. Надзвичайно важливими є дані про захворюваність дітей на злоякісні новоутворення. У 2005 р. цей показник становив 11,5, у 2006 р. – 11,0, у 2007 р. – 11,7 на 100 тис. дітей. У 2007 р. найбільшу кількість випадків злоякісних новоутворень виявлено у м. Севастополі (21,5), Київській (12,4), Черкаській (14,6), Одеській (14,2) областях, АР Крим (14,3 на 100 тис. дітей).

Стурбованість викликає поширення серед дітей тютюнокуріння і зростання споживання алкоголю. Вже у молодшій школі діти залучаються до цигарок і вживання слабоалкогольних напоїв. Близько 70% українських дітей і молоді у віці 12–20 років вживають алкоголь. Активно палить кожна третя дитина 12–14 років і кожний другий підліток, старший за 15 років. Майже кожен п'ятий підліток почав вживати алкоголь та мав перші спроби паління ще у віці до 10 років.

Надмірне вживання алкоголю є причиною розвитку у дітей розладів психіки та поведінки. Поширеність гострої інтоксикації від алкоголю та розладів психіки зі шкідливими наслідками (профілактична група нагляду) становила у дітей у 2005 р. – 70,2, у 2006 р. – 60,70, у 2007 р. – 61,2 на 100 тис. дітей 0–17 років. Незважаючи на зниження цього показника в цілому по Україні, на 15 адміністративних територіях зареєстровано його підвищення. Кількість хворих дітей на алкоголізм у 2005 р. становила 1,0; у 2006 р. – 0,9; у 2007 р. – 0,6 на 100 тис. дітей 0–17 років. Найвищі рівні захворюваності на розлади

психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю у 2007 р. зареєстровано у Луганській, Харківській, Київській областях, АР Крим.

Слід констатувати також загострення ситуації з наркоманією. Зростає кількість споживачів наркотичних засобів, до того ж вік наркозалежної молоді має тенденцію до зменшення. З майже 90 тис. зареєстрованих споживачів наркотиків більше половини не досягли 30 років, понад 6 тис. – неповнолітні. Водночас, за оцінками експертів, загальна кількість осіб з наркотичною залежністю та епізодичних споживачів наркотиків у 5–10 разів більша за офіційно зареєстровану. Це явище найбільш поширене у Луганській, Київській, Одеській, Сумській, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Запорізькій, Черкаській областях та м. Києві. Нині зростає чисельність залежних від наркотиків як у містах, так і у сільській місцевості.

До причин збільшення кількості споживачів слід віднести доступність наркотичних речовин та незадовільну профілактичну роботу. Тому пріоритетним завданням є інформування широкої громадськості, особлива увага до цієї проблеми працівників МВС, медичних працівників, освітян.

Наркотики, за даними соціологічних досліджень, спробували близько 4% дітей вже у 12–14 років, а віком активного «дегустування» наркотиків є період 15–17 років. Саме в цьому віці близько 60% опитаних спробували їх дію на собі. Характерно, що вживання алкоголю, наркотиків підлітками найбільшою мірою зумовлене цікавістю.

Частими серед підлітків є розлади психіки та поведінки від вживання наркотичних речовин. Рівень поширеності гострої інтоксикації та розладів психіки і поведінки з шкідливими наслідками від наркотичних речовин (профілактична група нагляду) становив у 2005 р. 21,0; у 2006 р. – 18,8; у 2007 р. – 15,6 на 100 тис. дітей віком 0–17 років. Найрідше це явище спостерігається традиційно в областях західного регіону України.

Поширення наркоманії у молодіжному середовищі підвищує загрозу ураження ВІЛ-інфекцією та захворювання на СНІД, що підтверджується постійним зростанням кількості інфікованих підлітків і молоді. Переважна більшість ВІЛ-інфікованих – молоді люди віком 20–39 років. Встановлено, що парентеральний шлях інфікування ВІЛ становить близько 60–70%.

Слід зазначити, що останніми роками підвищився відсоток передання ВІЛ-інфекції статевим шляхом. Передається ВІЛ-інфекція також від матері до дитини. Станом на 01.11.07 р. в Україні діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено майже у 1400 дітей, ще понад 5 тис. дітей перебувають під спостереженням. Кількість хворих на СНІД дітей становила 650, померлих від СНІДу – 233 дитини.

Ще однією проблемою у дітей і підлітків є ранній початок статевого життя, наслідком якого є захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом. Ранні статеві стосунки спричиняють і ранню вагітність. Для матері-підлітка існує більша загроза ускладнень вагітності – викиднів, передчасних пологів, анемії, ніж для жінок, старших за 20 років.

На підтримку дітей, захист їхніх прав, збереження та поліпшення стану здоров'я, створення сучасної мережі закладів з охорони здоров'я дітей здійснюються заходи організаційного, медичного, соціального, матеріально-технічного і фінансового характеру.

У Програмі діяльності Кабінету Міністрів України «Український прорив» серед пріоритетів у діяльності з охорони материнства і дитинства – розробка та затвердження

Державної програми «Здорова дитина» на 2008–2012 рр.; зниження рівня дитячої та материнської смертності; утворення Всеукраїнського центру охорони здоров'я матері та дитини.

Прийнято Закон України «Про дитяче харчування» від 14.09.2006 р. №142-V, яким визначаються стратегічні загальнодержавні пріоритети у сфері забезпечення дітей грудного та раннього віку високоякісним і безпечним дитячим харчуванням, а також організаційні, соціальні та економічні засади державної політики у цій сфері.

Кабінетом Міністрів України схвалено Концепцію Державної програми підтримки сім'ї. Основна мета програми – утвердження у суспільній свідомості фундаментальної цінності інституту сім'ї. Серед завдань програми – всебічне зміцнення правових, моральних та матеріальних засад сімейного життя, створення правової, психолого-педагогічної та організаційно-методичної системи. Це, зокрема, допоможе забезпечити оптимальні умови становлення та розвитку повноцінного виховання дітей у сім'ї. Пріоритетами є підвищення економічної активності та самостійності української родини, оптимізація соціального захисту сімей, передусім з дітьми. Серед поставлених цілей – створення системи підготовки майбутніх батьків до виконання соціальних ролей чоловіка і дружини, батька і матері, а також поширення системи надання допомоги сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах, соціального супроводу. Програмою передбачено удосконалення системи заходів щодо попередження насильства в сім'ї, нормативно-правової бази для ефективного розвитку сім'ї та виконання нею соціальних функцій. Основні напрями програми реалізуються у три етапи (2006–2010 рр.).

Серед заходів з охорони материнства і дитинства – виділення коштів для подолання дитячої бездоглядності і безпритульності. Влада підтримує дитячі будинки сімейного типу і родини, які беруть на виховання сиріт. Значно зросли обсяги фінансування заходів щодо подолання дитячої безпритульності, створено понад тисячу центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, понад 300 будинків інтернатів, майже удвічі збільшено допомогу дітям-інвалідам, стипендії дітям-сиротам. Значно збільшено матеріальну допомогу матерям при народженні дитини, самотнім матерям – допомогу по догляді за дитиною до трирічного віку. Збільшено допомогу матерям при народженні першої і наступних дітей. Здійснювалися заходи щодо повноцінного оздоровлення дітей і забезпечення доступу до якісних медичних послуг.

Започатковано створення Всеукраїнського центру охорони здоров'я матері і дитини в м. Києві. Фондом «Україна – 3000» зібрано перші кошти на його будівництво. У цьому сучасному медичному закладі діти усіх регіонів зможуть отримати якісну медичну допомогу. Тут робитимуть пересадку кісткового мозку, складні онкологічні, нейрохірургічні операції тощо.

На території дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» відкрито Всеукраїнський центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України на 100 ліжок. З вродженими вадами серця в Україні народжується близько 4,5 тис. дітей, 40% із них потребують оперативного втручання. Передбачається, що відкриття цього центру значно знизить малюкову смертність.

Затверджено Державну програму «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр. Метою цієї програми є забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я дітей щодо надання високоякісної медико-соціальної допомоги дітям із злоякісними

новоутвореннями, збільшення кількості дітей, що одужують; зниження рівня інвалідності та смертності дітей з онкологічними захворюваннями.

Прийнято Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., спрямовану на поліпшення репродуктивного здоров'я населення як важливої складової загального здоров'я, що значно впливає на демографічну ситуацію та забезпечення соціально-економічного розвитку країни.

У 2007 р. у більшості областей збережено пріоритетність фінансування дитячих родопомічних закладів. Здійснювався контроль щодо забезпечення тяжко хворих дітей медикаментами і виробами медичного призначення, дітей пільгових категорій медикаментами на амбулаторному лікуванні та для надання невідкладної допомоги в стаціонарах. Забезпечувалися у повному обсязі інсулінами, засобами самоконтролю рівня глюкози в крові хворі діти на цукровий діабет; раннє виявлення дітей, хворих на гіпотиреоз та фенілкетонурію і забезпечення останніх спеціальним високовартісним харчуванням.

Значна увага приділялася поліпшенню матеріально-технічної бази дитячих лікувально-профілактичних закладів, відновленню ряду обласних спеціалізованих туберкульозних відділень для дітей.

Функціонують «Школи відповідального батьківства», «Клініки, дружні до молоді».

У травні 2007 р. у структурі Української дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» розпочав роботу Центр «Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД». За час роботи в центрі вже зареєстровано понад 600 відвідувань дітей. Стаціонарно проліковано 38 дітей, фахівцями центру проведено понад 150 консультацій, здійснено 41 виїзд у регіони, обстежено і призначено лікування 207 дітям.

Однак для задоволення потреб із надання медичної допомоги тяжкохворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД дітям з усіх регіонів України є нагальна потреба його розширення. Створення сучасного дитячого спеціалізованого закладу охорони здоров'я дасть змогу насамперед значно підвищити доступність та якість медичної допомоги дітям із тяжкою та стійкою до стаціонарного лікування формою ВІЛ/СНІДу, зменшити передавання ВІЛ-інфекції від вагітної, хворої на ВІЛ/СНІД, матері до дитини, забезпечити ранню діагностику ВІЛ-інфекції, опортуністичних інфекцій, ВІЛ-асоційованих станів у дітей, а також проводити консультування з питань харчування, профілактики інфекційних захворювань, підвищення якості життя хворих.

За час реалізації програми профілактики передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини (з 2001 р.) препарати для профілактики цієї інфекції отримали 5854 ВІЛ-інфіковані вагітні та 6472 народжені ними дитини. Завдяки реалізації програми профілактики ВІЛ-інфекції від матері до дитини на 7–10% зменшилася кількість дітей з вродженою ВІЛ-інфекцією. Антиретровірусне лікування з урахуванням усіх джерел фінансування отримують 836 дітей.

Поряд з медичними працівниками працює над створенням здоров'я збереженого простору в системі шкільної освіти Департамент загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки України.

Це не лише введення спеціального предмета «Основи здоров'я», збільшення кількості уроків фізичного виховання, але й оптимальне поєднання методів і засобів відповідно до вікових особливостей, грамотно складений розклад уроків із дотриманням

режиму рухової активності і зміни видів діяльності, збереження балансу між обсягом домашніх завдань, створення безпечних умов навчання (убереження від травмування, дотримання санітарно-гігієнічних вимог щодо освітлення, вологості, провітрювання навчальних кабінетів тощо). Основи здоров'я – принципово новий курс щодо підходів і тематики, спрямованих на безпечну поведінку в сучасному світі. Йдеться про освіту на основі життєвих навичок, котрі учні вдосконалюватимуть у кожному наступному класі. Підтриманню рухової активності дітей сприяють уроки фізичного виховання, для яких з огляду на тотальну гіподинамію уведено додаткову кількість годин.

Здійснюються проекти «Рівний рівному», «Молодь за здоров'я», «Школа проти СНІДу».

Запроваджено мережу шкіл сприяння здоров'ю (за підтримки ВООЗ, МОЗ України, Міністерства освіти і науки України), завдяки яким вдалося створити цілісну систему щодо формування культури здоров'я у Дніпропетровській, Одеській, Харківській, Черкаській областях, м. Києві та в інших регіонах. У 2006–2007 навчальному році понад 60 тис. учнів пройшли навчання за Програмою «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні (Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс із ВІЛ/СНІДу в Україні» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією).

Здійснювалися відповідні масові акції у масштабах м. Києва, зокрема антинікотинного спрямування, конкурси, спрямовані на утвердження здорового способу життя тощо. Це є прикладом для інших регіонів. До цих всіх акцій широко залучаються засоби масової інформації. Преса, телебачення, радіо, громадськість можуть істотно допомогти у вирішенні проблем, пов'язаних з ментальністю нашого населення. Тому одне із головних завдань лікарів, вихователів, учителів, тренерів і батьків на майбутнє – навчити дітей навичкам здорового способу життя, дати їм знання про те, як потрібно самим берегти здоров'я.

2.3. Аналіз змін стану здоров'я населення працездатного віку

Виховання громадської свідомості у ставленні до здоров'я не лише як особистого надбання, але і як надбання суспільства, тісно пов'язане з визначенням його тенденцій. У сучасних умовах постають нагальні питання щодо збереження людиною власного здоров'я. Виникла актуалізація питань суспільного здоров'я, зростає його соціальна значущість. Шляхи збереження популяційного здоров'я базуються на наукових даних та знаннях законів його формування. У показниках здоров'я концентрується вся складна взаємодія чинників, які впливають на людину.

Кількісна та якісна характеристики патологічних станів значною мірою визначаються віком людини. Тому важливим є вивчення показників стану здоров'я окремо у осіб працездатного віку, що дає змогу виявити особливості формування здоров'я, які необхідно враховувати при організації медичної допомоги. Вивчення стану здоров'я населення працездатного віку набуває особливого значення, оскільки збереження трудової активності є необхідною умовою для успішного виконання першочергових завдань економічного та соціального розвитку країни.

Щорічно серед населення працездатного віку реєструється 16–17 млн випадків хвороб, виявлених вперше (захворюваність), і 32–35 млн звертань на рік з приводу всіх

хвороб (поширеність). У 2007 р. на 100 тис. працездатного населення їх кількість становила 63251,9 (вперше виявлені) і 144311,5 (всі хвороби). Найвищі рівні захворюваності у 2007 р. зареєстровано у Дніпропетровській (78425,6), Вінницькій (76955,3), Івано-Франківській (74888,9), Львівській (76110,7) областях та м. Києві (78201,7). Порівняно з 2005 р. захворюваність зросла (відповідно на 0,1% і 1,8%), поширеність – відповідно на 2,3% і 1,8%. (рис. 2.3.1).

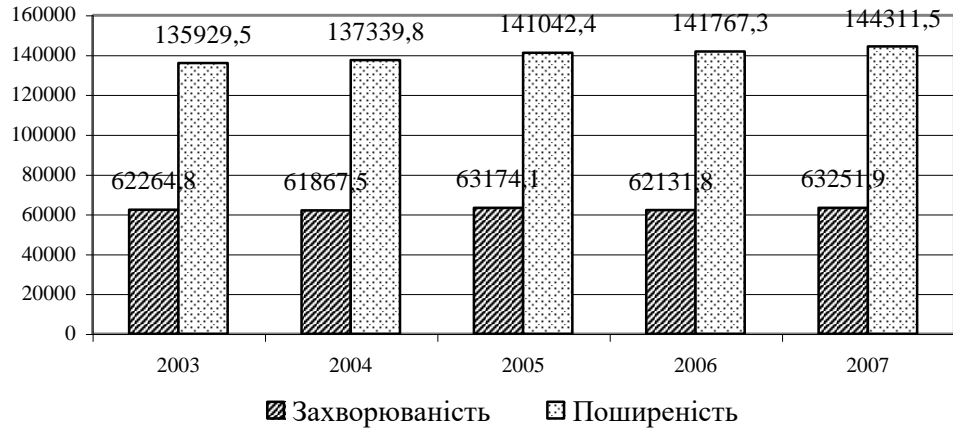


Рис. 2.3.1. Динаміка захворюваності і поширеності хвороб серед населення працездатного віку на всі хвороби в період 2003–2007 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

У 2006 р. структуру захворюваності працездатного населення формували переважно хвороби органів дихання (34,4%), травми та отруєння (8,8%), хвороби сечостатевої системи (9,5%), системи кровообігу (7,0%).

У 2007 р. структуру захворюваності працездатного населення формували переважно хвороби органів дихання (35,7%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,7%), хвороби сечостатевої системи (9,1%), системи кровообігу (6,9%) (рис. 2.3.2).



Рис. 2.3.2. Структура захворюваності населення працездатного віку у 2007 р. (%)

У 2005 р. структуру захворюваності працездатного населення формували переважно хвороби органів дихання (36,2%), травми та отруєння (8,6%), хвороби сечостатевої системи (9,54%), системи кровообігу (6,97%).

Найбільш поширеною патологією у працездатному віці є хвороби органів дихання, системи кровообігу, органів травлення, сечостатевої системи (рівні захворюваності на 100 тис. працездатного населення відповідно 22603,9, 4355,1, 2672,5, 5787,2). Протягом останніх трьох років спостерігалася стабілізація захворюваності населення працездатного віку за більшістю класів хвороб. Позитивним явищем є зниження у 2003–2007 рр. частоти появи розладів психіки та поведінки, хвороб сечостатевої системи, інфекційних та паразитарних хвороб.

У 2005 р. структуру захворюваності працездатного населення формували переважно хвороби органів дихання (36,2%), травми та отруєння (8,6%), хвороби сечостатевої системи (9,54%), системи кровообігу (6,97%).

Найбільш поширеною патологією у працездатному віці є хвороби органів дихання, системи кровообігу, органів травлення, сечостатевої системи (рівні захворюваності на 100 тис. працездатного населення відповідно 22603,9, 4355,1, 2672,5, 5787,2). Протягом останніх трьох років спостерігалася стабілізація захворюваності населення працездатного віку за більшістю класів хвороб. Позитивним явищем є зниження у 2003–2007 рр. частоти появи розладів психіки та поведінки, хвороб сечостатевої системи, інфекційних та паразитарних хвороб.

Провідне місце у структурі поширеності (рис. 2.3.3) займають хвороби органів дихання, які значною мірою визначають рівень тимчасової втрати працездатності, інвалідності і смертності. За останні 5 років захворюваність на хвороби органів дихання коливалася в межах 20–22 тис. на 100 тис. населення. Спостерігалось збільшення хронічної патології органів дихання. Стабілізувалася захворюваність працездатного населення на пневмонію. Найвищі рівні поширеності хвороб органів дихання та захворюваності на них зареєстровано у Львівській області та м. Києві.



Рис 2.3.3. Структура поширеності хвороб серед населення працездатного віку у 2007 р. (%)

Захворюваність на хвороби сечостатевої системи у 2007 р. становила 5787,2 на 100 тис. відповідного населення, порівняно з 2003 р. вона зросла на 1,6%, а порівняно з 2003 р. зменшилась на 2,6%. Поширеність хвороб сечостатевої системи має тенденцію до зростання за останні роки. Найвищі рівні захворюваності у 2007 р. зареєстровано у Дніпропетровській

(9370), Житомирській (8006,5) областях та м. Києві (8257). Ці регіони лідирують і щодо поширеності.

Захворюваність на хвороби шкіри та підшкірної клітковини становила у 2007 р. 4116,3 на 100 тис. відповідного населення, порівняно з 2003 р. вона зросла на 4,9%, а порівняно з 2006 р. – на 2,9% (рис. 2.3.4). Поширеність хвороб шкіри та підшкірної клітковини становила у 2007 р. 4913,3 на 100 тис. відповідного населення, порівняно з 2003 р. вона зросла на 4,9%, а порівняно з 2006 р. – на 2,8%. Лідерами щодо поширеності є Івано-Франківська (6090), Львівська (5048,1) та Дніпропетровська (5044,7) області.

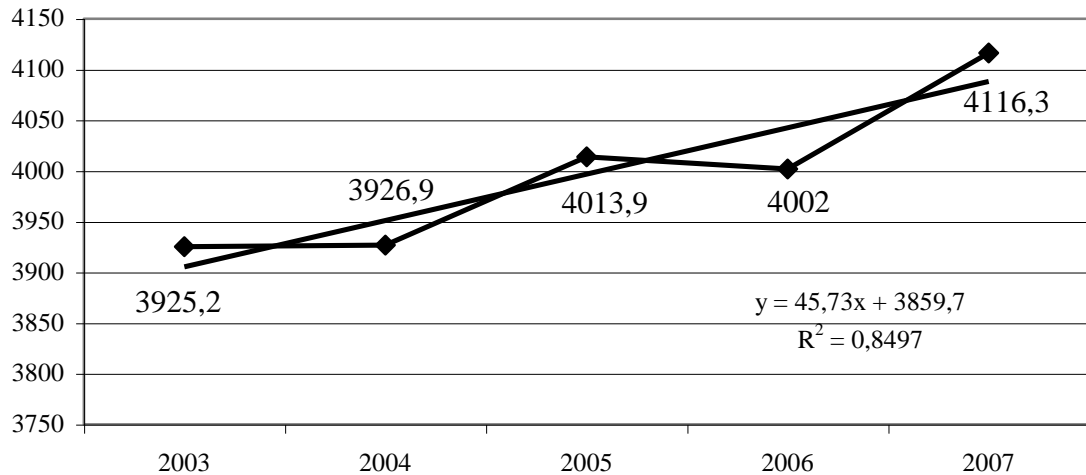


Рис. 2.3.4. Захворюваність на хвороби шкіри та підшкірної клітковини у 2003–2007 рр.

Однією з основних причин захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідності та смертності населення України є травми та отруєння. Упродовж 2007 р. всього зареєстровано 5522,7 випадку на 100 тис. відповідного населення, травм, отруень та інших наслідків дії зовнішніх чинників. Частота цієї патології зросла за 3-річний період на 3,2%, за останній рік – на 0,6%. Проте рівень травматизму залишається високим. Тому створення безпечних умов для життя і здоров'я людей на виробництві та в побуті, попередження аварій і нещасних випадків є надзвичайно актуальними для України і виходить за рамки суто медичних проблем. Найвищі рівні захворюваності зареєстровано у м. Києві (8308,4) та Хмельницькій області (6882,3). Ці території є лідерами і щодо поширеності.

Таким чином, зрушення у стані здоров'я населення працездатного віку носять різноспрямований характер. Має тенденцію до зниження захворюваність на розлади психіки та поведінки, інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, хвороби нервової системи, частота випадків симптомів, ознак та неточно визначених станів. Серед негативних тенденцій відмічається зростання захворюваності на хвороби системи кровообігу, крові й кровотворних органів, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників та ряд інших хвороб. Це потребує пильної уваги у зв'язку з можливістю зниження трудового та інтелектуального потенціалу, обмеження участі працездатного населення в соціально-економічних перетвореннях у країні (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Прогнозні значення захворюваності працездатного населення за основними класами хвороб на 2008–2010 рр.

Клас хвороб	Середній абсолютний ланцюговий приріст	Коефіцієнт апроксимації R ²	Рік		
			2008	2009	2010
Всього	346,11	0,6978	63452,1	63798,21	64144,32
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	0,9738	0,0025	2760,638	2761,612	2762,586
Новоутворення	14,373	0,8729	897,04	911,413	925,786
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	5,7548	0,9557	280,698	286,4528	292,2076
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	-8,6679	0,7065	957,221	948,5531	939,8852
Розлади психіки та поведінки	-7,5048	0,7612	497,672	490,1672	482,6624
Хвороби нервової системи	-0,7119	0,0211	1789,081	1788,369	1787,657
Хвороби ока та його придаткового апарату	52,913	0,8923	3035,83	3088,743	3141,656
Хвороби вуха та соскоподібного відростку	37,592	0,9394	2385,52	2423,112	2460,704
Хвороби системи кровообігу	123,34	0,7552	4760,9	4884,24	5007,58
Хвороби органів дихання	-108,64	0,1831	21458,6	21349,96	21241,32
Хвороби органів травлення	18,061	0,819	2734,11	2752,171	2770,232
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	6,8619	0,1906	3999,919	4006,781	4013,643
Хвороби сечостатевої системи	122,84	0,9339	6279	6401,84	6524,68
Вагітність, пологи та післяпологовий період	148,18	0,9633	5799,3	5947,48	6095,66
Природні вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	-0,2667	0,2448	32,833	32,5663	32,2996
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявляються при клінічних і лабораторних дослідженнях	-8,331	0,409	44,65	36,319	27,988
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	13,594	0,073	5404,44	5418,034	5431,628

2.4. Стан професійної захворюваності та виробничого травматизму

Характеристика стану здоров'я працюючого населення, окрім загальних показників здоров'я для всього населення, включає показники професійної захворюваності і виробничого травматизму, які виникають під впливом умов праці.

Трудовий потенціал є фундаментом економічного, соціального, культурного розвитку держави, її національної незалежності і безпеки, забезпечуючи умови життєдіяльності суспільства.

Потужність трудового потенціалу країни залежить від багатьох складових: стану фізичного і психічного здоров'я працюючих, їх медико-демографічних характеристик, соціально-економічних умов праці та життя, медико-соціального супроводу життєдіяльності робітників тощо.

Державна політика у галузі охорони праці визначається відповідно до Конституції України, Основ законодавства щодо охорони здоров'я, Закону «Про охорону праці», Закону «Про санітарно-епідемічне благополуччя населення та інших законодавчих та нормативних актів.

Концепція управління охороною праці спрямована на реалізацію положень та Законів України щодо забезпечення охорони життя і здоров'я працівників у процесі трудової діяльності на кожному робочому місці, належних умов для формування у працівників свідомого ставлення до особистої безпеки (2001).

В 2006 р. було затверджено Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2006–2011 роки», результатом якої передбачалося поліпшити стан охорони праці, знизити рівень виробничого травматизму та професійної захворюваності. Але затвердження самої програми не відбулося за невизначеністю джерел фінансування. Є сподівання, що більш конструктивною і узагальнюючою буде цільова соціальна програма «Збереження і розвиток трудового потенціалу України на 2008–2017 роки», концепція якої обговорювалася фахівцями та громадськістю на II Всеукраїнському форумі «Збереження і розвиток трудового потенціалу України» у вересні 2007 р.

В теперішній час в рамках Програми співробітництва Україна – ЄС реалізується проект зближення українського законодавства з законодавством Європейського Союзу та іншими міжнародними документами ВООЗ, МОП в галузі охорони здоров'я працюючих та їх безпеки.

У червні 2006 р. МОП були прийняті Конвенція №187 і відповідна Рекомендація №197 «Про основи, що сприяють безпеці і гігієні праці», якою передбачається використання трьох головних інструментів щодо забезпечення послідовної системи професійної безпеки: національну політику, національну систему, національну програму. По суті це є розвитком проблеми щодо системного підходу до практичного управління охороною праці на всіх рівнях – від державного до корпоративного, що розроблено МОП у «Керівництві по системам управління охороною праці МОП/СУОП 2001 (ILO/JSH-2001)».

У серпні 2006 р. ВООЗ розробила проект «Глобального плану дій по здоров'ю працюючих на 2008–2017 роки», в якому зазначено, що працюючі становлять половину світового населення і є головним вкладником в економічний та соціальний розвиток сучасної світової спільноти. Їх здоров'я залежить від багатьох факторів ризику в виробничому середовищі, соціальних та поведінкових факторів, а також від доступу до медичного обслуговування.

Всесвітня Асамблея Охорони Здоров'я (ВАОЗ) в травні 2007 р. розглянула та ухвалила Глобальний план дій по охороні здоров'я працюючих на 2008–2017 рр.,

особливо підкресливши, що здоров'я працюючих є необхідною попередньою умовою підвищення продуктивності та економічного розвитку. ВАОЗ закликає всі держави-члени розробити в співробітництві з працюючими, роботодавцями та їх організаціями відповідну національну політику та плани реалізації Глобального плану дій по охороні здоров'я працюючих та створити відповідні механізми та правові основи їх реалізації, моніторингу і оцінки.

Слід зазначити, що наявні вітчизняні та світові законодавчі та нормативно-правові документи, їх основні принципи, не в повній мірі втілюються в систему охорони праці і охорони здоров'я працюючих, що призводить до суттєвих втрат трудового потенціалу за рахунок виробничого травматизму, який у різному ступені, але практично завжди супроводжує виробничий процес.

Щорічно в світі реєструється біля 260 млн випадків професійних захворювань, результатом яких є смертельні наслідки для 1,1 млн чоловік.

В Україні щорічно реєструється від 6,0 до 15,0 тис. професійних захворювань, коливання показників залежить від прийняття законодавчих актів соціальної спрямованості, які передбачають збільшення пільг і компенсацій за втрату здоров'я на виробництві.

Численні нещасні випадки і втрата здоров'я на роботі призводять до страждання людей і значних економічних втрат. Кожні 15 с у світі гине одна людина. Щорічно 2,2 млн робітників гинуть при виконанні роботи, біля 270 млн робітників одержують серйозні травми.

Економічні збитки від загибелі робітників і втрата їх здоров'я на роботі досягають 4% валового внутрішнього продукту світової економіки і перевищують 1,25 трильйону дол. США, що підриває економіку і порушує сталий розвиток будь-якої країни.

В Україні кожен день на виробництві одержують травми 55–60 робітників, з них 3–4 – зі смертельним наслідком, що призводить, окрім економічних збитків, до соціальних та психологічних втрат.

Коли йдеться про професійні захворювання, одним з показників характеристики факторів їх виникнення виступає фактор часу, який переважно дорівнює 12–18 років праці в шкідливих умовах. Коли мова йде про нещасні випадки на виробництві, то на перший план виступає його раптовість (несподіваність). Однак виникнення травми на виробництві і профзахворювання мають одне підґрунтя: незадовільний стан умов і безпеки праці, наявність недосконалих технологічних процесів, фізично зношеного і морально застарілого обладнання, машин і механізмів, які не відповідають безпеці здоров'я і життю працівників, відсутність належного забезпечення працюючих засобами колективного та індивідуального захисту, невідповідність робочих місць вимогам санітарно-гігієнічних норм, недостатня свідомість працівників щодо збереження свого здоров'я тощо.

В останні роки кількість зареєстрованих професійних захворювань в Україні коливається в межах 6–7 тис., а на 10 тис. працюючого населення рівень профзахворюваності в різні роки становив від 4,61 до 5,53 випадків (рис. 2.4.1).

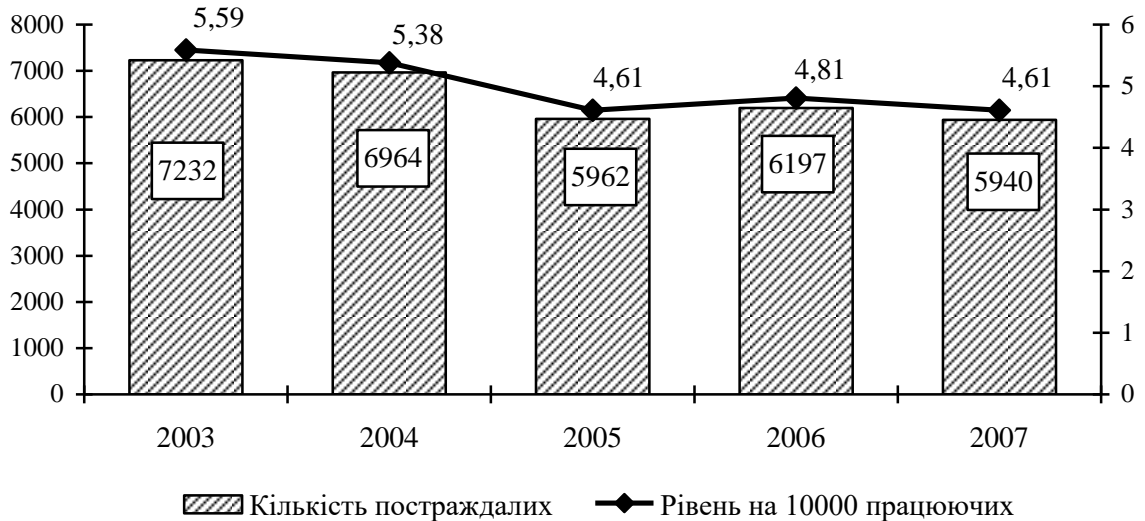


Рис. 2.4.1. Динаміка професійної захворюваності в Україні за 2003–2007 рр.

В динаміці п'ятирічного спостереження відмічається достовірне зниження показників професійної захворюваності протягом 2003–2007 рр. ($p < 0,001$). Недосконалість медичного забезпечення працюючого населення, труднощі в організаційній процедурі встановлення зв'язку виникнення захворювання з умовами праці, з одного боку, зменшення обсягів виробництва, перехід більш ніж 50% підприємств у приватну власність, небажання хворих звертатись до лікарів на ранніх стадіях розвитку патології та інші об'єктивні і суб'єктивні фактори – з іншого значною мірою відбиваються на показниках професійної захворюваності, найчастіше в бік їх зниження, що викликано недовиявленням професійної патології.

Розподіл професійних отруєнь та захворювань по областях України (табл. 2.4.1) свідчить про те, що найбільша кількість випадків реєструється в Дніпропетровській, Донецькій, Луганській та Львівській областях.

Основними галузями, що формують професійну патологію, залишаються вугільна, металургійна, машинобудівна промисловості (табл. 2.4.2). Найбільша кількість випадків профзахворювань та профотруєнь припадає на вугільну промисловість (у різні роки її частка складає від 74,4 до 83,7%). Абсолютна кількість випадків у цій галузі в останні роки дещо зменшилась. В металургійній промисловості кількість випадків коливається в межах від 355 до 560. Привертає увагу те, що у сільському господарстві в останні роки на тлі погіршення умов праці спостерігається значне зменшення кількості випадків до 34–39 на рік. Зменшується питома вага професійної патології у хімічній галузі та легкій промисловості (найбільше випадків в 2005 р.).

Розподіл професійної патології за діагнозами наведено в таблиці 2.4.3. Як і в попередні роки, найбільша кількість хвороб викликана впливом пилу (в різні роки від 57,0 до 63,0%). Майже всі вони реєструються у вугільній промисловості. Кількість випадків вібраційної хвороби у порівнянні з 2003 р. зменшилась до 352 (майже удвічі). Також в 2007 р. зменшилась кількість випадків нейросенсорної приглухуватості до 174 (в попередні роки вона коливалась від 244 до 368 випадків).

Таблиця 2.4.1

Розподіл профзахворювань та профотруень по областях України у 2003–2007 рр.

Адміністративна територія	Рік									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага
АР Крим	11	0,2	7	0,1	27	0,5	51	0,8	42	0,7
Вінницька	14	0,2	14	0,2	24	0,4	13	0,2	13	0,2
Волинська	71	1,0	138	2,0	116	1,9	99	1,6	106	1,8
Дніпропетровська	1140	15,8	1270	18,2	967	16,2	1042	16,8	1113	18,7
Донецька	3038	42,0	2899	41,6	2313	38,7	2548	41,1	2216	37,3
Житомирська	20	0,3	34	0,5	34	0,6	34	0,6	33	0,6
Закарпатська	2	0,0	1	0,01	3	0,05	2	0,04	1	0,02
Запорізька	41	0,6	46	0,7	53	0,9	47	0,8	37	0,6
Івано-Франківська	12	0,2	10	0,1	5	0,1	7	0,1	4	0,07
Київська	8	0,1	6	0,1	4	0,06	9	0,2	6	0,1
Кіровоградська	81	1,1	103	1,5	117	1,9	138	2,2	96	1,6
Львівська	528	7,3	578	8,3	588	9,9	678	10,9	655	11,0
Луганська	1799	24,9	1425	20,5	1160	19,4	1040	16,8	1133	19,1
Миколаївська	16	0,2	17	0,2	8	0,2	5	0,1	9	0,2
Одеська	13	0,2	15	0,2	3	0,05	1	0,01	13	0,2
Полтавська	12	0,2	3	0,04	8	0,2	12	0,2	11	0,2
Рівненська	5	0,1	5	0,07	9	0,2	9	0,1	13	0,2
Сумська	162	2,2	83	1,2	84	1,4	88	1,4	127	2,1
Тернопільська	14	0,2	59	0,8	185	3,1	108	1,8	20	0,3
Харківська	169	2,3	149	2,1	160	2,6	173	2,8	196	3,3
Херсонська	27	0,4	23	0,3	34	0,6	25	0,4	41	0,7
Хмельницька	3	0,0	7	0,1	5	0,1	9	0,1	4	0,05
Черкаська	24	0,3	41	0,6	35	0,6	27	0,4	21	0,4
Чернігівська	2	0,0	7	0,1	1	0,01	4	0,06	8	0,1
Чернівецька	3	0,04	2	0,03	-	-	2	0,04	1	0,02
м. Київ	12	0,2	21	0,3	17	0,3	24	0,4	16	0,3
м. Севастополь	5	0,06	1	0,01	2	0,03	1	0,01	2	0,03
Україна	7232	100,0	6964	100,0	5962	100,0	6196	100,0	5940	100,0

Кількість захворювань опорно-рухового апарату (далі – ОРА) в останні роки коливається від 1295 до 1531, в 2007 р. – 1352 випадки (табл. 2.4.4). Близько 90% всіх випадків – це захворювання периферичної нервової системи, на захворювання кістково-м'язової системи припадає в середньому 10%. Така структура залишається незмінною протягом останніх років. Питома вага професійних захворювань ОРА у структурі професійної патології в Україні становить від 20,5 до 24,2%. Звертає увагу той факт, що майже не реєструються такі форми професійної патології, як бурсити та вегето-судинна поліневропатія рук у доярок.

Таблиця 2.4.2

Розподіл профзахворювань та профотруєнь
за основними галузями виробництва в Україні у 2003–2007 рр.

Галузь	Рік									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага
Вугільна	6050	83,7	5664	81,3	4437	74,4	4833	77,9	4665	78,5
Металургійна	442	6,1	560	8,0	355	5,9	478	6,9	459	7,7
Машинобудування	319	4,4	250	3,6	251	4,3	289	4,6	336	5,7
Хімічна	16	0,2	17	0,2	8	0,2	23	0,3	11	0,2
Легка	30	0,4	30	0,4	188	3,2	100	1,6	24	0,4
Промбуд-матеріалів	10	0,1	41	0,6	38	0,6	39	0,6	37	0,6
Будівництво	17	0,2	13	0,2	8	0,2	13	0,	8	0,1
Сільське господарство	34	0,5	60	0,9	58	1,0	39	1,7	35	0,6
Інші галузі	314	4,3	329	4,7	619	10,3	382	6,2	365	6,2
Всього по Україні	7232	100,0	6964	100,0	5962	100,0	6196	100,0	5940	100,0

Таблиця 2.4.3

Розподіл профзахворювань та профотруєнь за основними діагнозами в Україні у 2003–2007 рр.

Форма профпатології	Рік									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага	Кількість випадків	Питома вага
Пневмококіоз	2391	33,1	2071	29,7	1494	25,2	1506	24,3	1631	27,5
Хронічний пиловий бронхіт	2152	29,8	2160	31,0	1961	32,9	2026	32,7	2107	35,5
Вібраційна хвороба	619	8,6	600	8,6	515	8,6	507	8,2	352	5,9
Нейросенсорна приглухуватість	244	3,4	268	3,8	368	6,2	260	4,2	174	2,9
Захворювання опорно-рухового апарату	1474	20,4	1531	22,0	1295	21,9	1502	24,2	1352	22,7
Захворювання хімічного генезу	98	1,4	122	1,8	100	1,7	140	2,3	118	2,0
Всі інші форми профпатології	254	3,5	212	3,1	229	3,6	160	4,1	206	3,5
Всього по Україні	7232	100,0	6964	100,0	5962	100,0	6197	100,0	5940	100,0

Таблиця 2.4.4

Розподіл професійних захворювань опорно-рухового апарату в Україні в динаміці (2003–2007 рр.)

Роки	Всього	Захворювання кістково-м'язового апарату			Захворювання периферичної нервової системи			Питома вага в структурі загальної профзахворюваності
		кількість	з них бурсити	питома вага	кількість	з них ВСП доярок	питома вага	
2002	1322	139	1	10,5	1183	-	89,5	18,5
2003	1474	151	-	9,7	1323	-	90,3	20,5
2004	1531	128	1	8,2	1403	-	91,8	22,0
2005	1295	124	1	9,6	1171	-	90,4	21,7
2006	1502	151	-	10,1	13,51	-	89,9	24,2
2007	1352	142	1	10,5	1210	8	89,5	22,8

Розподіл професійних захворювань опорно-рухового апарату та периферичної нервової системи в Україні за групами та формами хвороб наведено в таблиці 2.4.5. Найбільша кількість випадків, зареєстрованих в останні роки, припадає на радикулопатії (до 90%), друга за кількістю захворювань група захворювань ОРА – це артрози (до 9%).

Таблиця 2.4.5

Розподіл професійних захворювань опорно-рухового апарату в Україні за групами та формами хвороб у 2003–2007 рр.

Форма або група патології	Рік				
	2003	2004	2005	2006	2007
Усього у т.ч.	1474	1531	1295	1502	1352
<u>за групами:</u>					
– хвороби опорно-рухового апарату	151	128	124	151	142
– хвороби периферичної нервової системи	1323	1403	1171	1351	1210
<u>за формами:</u>					
– радикулопатії	1302	1360	1136	1318	1201
– артрози (всі форми)	119	122	122	148	109
– бурсити	-	1	1	-	1
– інші захворювання нервово-м'язового апарату	23	3	35	33	32
– інші захворювання опорно-рухового апарату	30	45	1	3	9

Розподіл професійної патології хімічного генезу в Україні наведено в таблиці 2.4.6. У різні роки її частка у загальній патології в Україні становила від 1,6 до 2,3%. Безпосередньо в хімічній галузі реєструється менша частина цього виду професійної патології, більшість випадків припадає на інші галузі. Широка номенклатура шкідливих хімічних речовин майже в усіх галузях промисловості, будівництва і сільського господарства (видобуток, виробництво і застосування) визначила і різноманітність форм і конкретних діагнозів хімічної патології, що реєструється у вигляді поодиноких випадків по регіонах країни і галузям економіки.

Таблиця 2.4.6

Кількість і структура професійної патології хімічного генезу серед працюючих в Україні у 2003–2007 рр.

Форма патології		Рік				
		2003	2004	2005	2006	2007
Гострі профотруєння	абс.	40	23	26	57	29
	%	35,1	19,2	26,0	40,7	24,6
Хронічні інтоксикації	абс.	9	24	15	18	10
	%	7,9	20,0	15,0	12,9	8,5
Професійні дерматози	абс.	11	10	11	9	3
	%	9,6	8,3	11,0	6,4	2,5
Хронічні бронхіти	абс.	22	27	18	15	14
	%	19,3	22,5	18,0	10,7	11,9
Тринітролоуолова катаракта	абс.	12	16	3	8	6
	%	10,5	13,3	3,0	5,7	5,1
Інші форми	абс.	20	20	27	33	56
	%	17,5	16,7	27,0	23,6	47,4
Загалом в Україні	абс.	114	120	100	140	118
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Питома вага хімічної профпатології в складі загальної профзахворюваності		1,6	1,7	1,7	2,3	2,0

Найбільша кількість випадків припадає на гострі професійні отруєння (від 19,2 до 40,7% в різні роки). Друге місце займають хронічні інтоксикації (від 7,9 до 20,0%), але їх кількість в останні роки зменшилась. Звертає увагу незначна кількість професійних дерматозів, особливо це стосується 2007 р., коли було зареєстровано тільки 3 випадки. Така динаміка профзахворювань при збереженні несприятливих умов праці пов'язана, насамперед, з недостатньою повнотою охоплення контингентів, що підлягають медичним оглядам, та низькою якістю їх проведення (недостатність методів і тестів, лабораторних біохімічних досліджень, майже не використовуються специфічні і чутливі методи біомоніторингу токсичних речовин та їх метаболітів у сечі, крові, волоссі та інших біологічних середовищах), більше половини потерпілих виявляється не при планових оглядах, а при самостійному зверненні хворих за медичною допомогою. Через складнощі діагностики, а також недостатню підготовленість лікарів з питань хімічної професійної патології, остання встановлюється лише в профільних науково-дослідних інститутах і рідше – у відділеннях профпатології обласних і міських лікарень. Загальний рівень поширеності хвороб шкіри і підшкірної клітковини в країні складає понад 1,5 млн випадків, з них тисячі контактних дерматитів. В той же час професійні захворювання шкіри майже не реєструються в останні роки, те ж саме стосується інших форм хімічної патології, віднесення яких до професійних вимагає ретельного вивчення профмаршруту і використання спеціальних методів діагностики.

Протягом 2003–2007 рр. в Україні профпатологія хімічного генезу була пов'язана із впливом 50–90 хімічних речовин, у складі яких найбільша питома вага припадає на сполуки свинцю (до 6,0% потерпілих), органічні розчинники ароматичного ряду (10,3%), сполуки марганцю (8,6%), оксид вуглецю (6,1%), формальдегід (2,9%). Інші поодинокі

випадки викликані впливом ртуті, фенолу, аміаку, сірковуглецю, смол, сполук хрому, зрідка зустрічалися отруєння хлором, окислами азоту і цинку, а також патологія, пов'язана із впливом кислот та лугів.

Аналіз даних щодо виробничого травматизму свідчить, що в Україні спостерігається постійне його зниження. Так загальна кількість травмованих зменшилася з 80450 випадків у 1995 р. до 19741 в 2006 р. (75,46%), випадків зі смертельним наслідком – з 2083 до 972 (53,3%)

Сьогодні стан виробничого травматизму за міжнародними критеріями у нашій країні можна оцінити як задовільний (1 смертельний випадок припадає приблизно на 12 тис. працюючих). Проте ця величина лишається ще досить високою. На кожну тисячу працюючих в Україні припадало у 2000 р. 2,62 випадку виробничого травматизму, у 2006 р. – 1,68 (вірогідне зниження за ці роки $<0,001$). Це пов'язане з діяльністю служби охорони праці, СЕС, роботодавців, збільшення капіталовкладень в промисловість, приросту валового внутрішнього продукту (ВВП) тощо. ВВП має вірогідний зв'язок ($r=0,78$) з рівнем виробничого травматизму, який знижується при збільшенні ВВП.

Слід додати, що при визначеній загальній тенденції в окремих галузях промисловості відмічається нерівномірний характер цього процесу. Так, рівень виробничого травматизму серед працюючих у сільському господарстві, обробній промисловості, будівництві, у виробництві електроенергії, газу та води, у соціальній сфері не має тенденції до зниження.

Але аналізуючи ці статистичні показники, слід враховувати, що потрібна певна корекція щодо їх інтерпретації, тому що кількість працюючих з 1995 р. зменшилася з 17,95 млн до 11,7 млн (34,7%), змінився розподіл середньооблікової кількості працюючих по формах власності: 50,6% – в приватних, 49,4% – в державних і комунальних установах.

Співвідношення показників загального травматизму і травматизму зі смертельними наслідками не відповідає існуючим у світі закономірностям. Наприклад в Німеччині щорічно реєструються 1,1–1,16 млн нещасних випадків, при цьому гинуть 1,1–1,7 тис. чоловік (0,08–0,12%).

В Україні в структурі загального виробничого травматизму випадки зі смертельним наслідком складають 4,5–5,0%, що свідчить про приховування значної кількості виробничих травм.

Про факти приховування виробничого травматизму можуть свідчити і розбіжності в його показниках при реєстрації на різних етапах надання медичної і соціальної допомоги. Так, у 2006 р.:

- за статистикою МОЗ України зареєстровано 46459 випадків;
- за даними Національного НДІ охорони праці – 22631 випадок,
- за даними Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань – майже 30761. Таким чином, 17,5% постраждалих від нещасних випадків на виробництві не віднесені до страхових випадків (не складено акти за формою Н-1). Це може означати маскування окремих випадків травматизму, наприклад шляхом домовленості роботодавців з працівниками, особливо на підприємствах недержавної форми власності.

На виконання постанови Президії ФПУ від 06.07.2006 р. №П-5-2 про оголошення 2007 р. Роком боротьби профспілок з приховуванням нещасних випадків вибірково у 2007 р. було перевірено понад 5 тис. підприємств, установ та організацій стосовно об'єктивності розслідування виробничих травм. Неналежне оформлення документів щодо чинного Порядку розслідування та ведення обліку виявлено майже в 1,5 тис. випадках. Це стосується Донецької, Луганської, Сумської, Івано-Франківської, Тернопільської, Черкаської областей, м. Києва тощо.

Перше рангове місце за кількістю випадків виробничого травматизму серед працюючих посідає добувна промисловість, друге – обробна, третє – сільське господарство, четверте – будівництво, п'яте – транспорт (табл. 2.4.7).

Розподіл рангових місць за кількістю виробничого травматизму зі смертельними наслідками наступний: перше місце належить добувній промисловості, друге – обробній, третє – будівництву, четверте – сільському господарству, п'яте – транспорту (табл. 2.4.7).

Таблиця 2.4.7

Травматизм на виробництві за видами економічної діяльності
(за даними форми 7-тнв) у 2003–2006 рр.

Вид економічної діяльності	Кількість потерпілих від нещасних випадків				З них зі смертельними наслідками			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
С/г, мисливство та лісове господарство	2384	1827	1667	1460	200	164	154	125
Рибне господарство	30	26	23	24	7	9	6	1
Добувна промисловість	10794	9313	7897	7000	206	215	185	180
Обробна промисловість	6187	6011	5728	5293	215	202	207	179
Виробництво електроенергії, газу та води	605	594	581	568	58	49	38	46
Будівництво	1397	1499	1363	1320	140	158	134	160
Оптова та роздрібна торгівля	414	406	395	509	58	61	62	69
Готелі і ресторани	11	28	28	23	2	2	4	2
Транспорт	1142	1079	1092	927	107	89	86	74
Фінансова діяльність	62	59	86	101	2	6	12	10
Операції з нерухомістю, здавання під найм та послуги юридичним особам	604	543	523	533	53	37	44	46
Державне управління	895	712	677	734	40	34	24	30
Освіта	357	392	378	424	6	12	11	20
Охорона здоров'я та соціальна допомога	570	535	538	602	12	12	9	19
Колективні, громадські та особисті послуги	195	204	176	222	18	13	12	11
Об'єкти, що на момент обробки не мають коду КВЕД	27	48	23	1	2	5	1	-
Україна	25691	23276	21175	19741	1128	1068	989	972

Подається після змін в класифікації

Роздержавлення виробничих об'єктів, поява приватних підприємств позначилися на якості охорони праці, виконанні гігієнічних нормативів на виробництві, впровадженні серед працюючих колективних та індивідуальних засобів захисту. На приватних

підприємствах виробничий травматизм зустрічається частіше (55,2%) порівняно з державними і комунальними (44,8%). Що стосується травматизму зі смертельними наслідками, то його питома вага на приватних підприємствах майже у 2 рази (68,0%) перевищує такий в державних і комунальних (32,0%).

В структурі розподілу кількості нещасних випадків, як загального рівня, так і зі смертельними наслідками, у регіонах встановлено, що перше місце посідає Донецька область, друге – Луганська, третє – Дніпропетровська, четверте – м. Київ, п'яте – Харківська, шосте – Запорізька. Частка цих 6 промислових областей становить 65,0% від усіх випадків виробничого травматизму в Україні.

Аналіз смертельних нещасних випадків щодо причин їх виникнення показує, що в у 62,8% випадків вони мають організаційний характер. З технічних причин сталося 24,2% випадків, а причини психофізіологічного характеру становлять 13% (рис. 2.4.2).

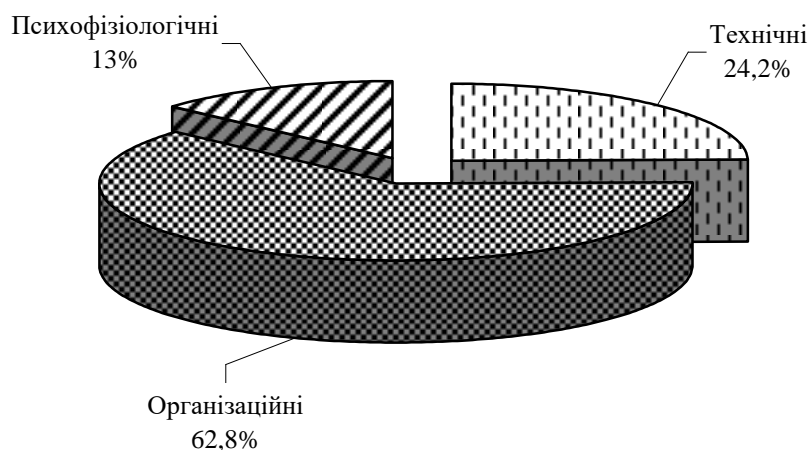


Рис. 2.4.2. Розподіл смертельних нещасних випадків за причинами виникнення за 2007 р.

В загальній структурі причин нещасних випадків на виробництві домінують: невиконання вимог інструкцій з охорони праці (20,13%), порушення правил дорожнього руху (8,84%), невиконання посадових обов'язків (8,54%), порушення технологічного процесу (6,55%). Майже 5% смертельних нещасних випадків відбувається через незадовільний технічний стан засобів виробництва (табл. 2.4.8).

Високим залишається смертельний травматизм внаслідок наступних факторів: падіння потерпілого (24,1%), падіння, обрушення, обвалення предметів, матеріалів, породи, ґрунту (16,38%), дорожньо-транспортна пригода (ДТП) (19,14%), дія предметів та деталей, що рухаються, розлітаються, обертаються (13,33%), ураження електричним струмом (8,78%). В основному ці небезпечні види подій трапляються з організаційних причин (табл. 2.4.9).

До найбільш травмонезбезпечних професій належать: ГРОЗи та прохідники (12%), різнорабочі (11%), водії (9%), електрослюсарі (8%) (рис 2.4.3).

Одним з чинників впливу на стан виробничого травматизму є професійний досвід роботи (ПДР), який враховує співвідношення стажу роботи за професією до загального стажу, а також рівень психофізіологічного відбору. Тобто при рівності загального та професійного стажу ПДР дорівнює одиниці.

Таблиця 2.4.8

Характеристика технічних, організаційних та психофізіологічних причин виникнення нещасних випадків зі смертельними наслідками за 2007 р.

Причина нещасного випадку	Питома вага, %
<i>Технічні</i>	
Конструкційні недоліки, недосконалість, недостатня надійність засобів виробництва	2,28
Неякісна розробка або відсутність проектної документації на будівництво, реконструкцію виробничих об'єктів, будівель, споруд, обладнання, тощо	1,83
Недосконалість технологічного процесу, його невідповідність вимогам безпеки	3,96
Незадовільний технічний стан виробничих об'єктів, будинків, споруд, території	3,05
Незадовільний технічний стан засобів виробництва	4,88
Незадовільний технічний стан транспортних засобів	2,89
Інші технічні причини	5,33
<i>Організаційні</i>	
Незадовільне функціонування, недосконалість або відсутність системи управління охороною праці	2,59
Відсутність або неякісне проведення інструктажу	2,13
Допуск до роботи без навчання та перевірки знань з охорони праці	1,22
Неякісне розроблення, недосконалість інструкцій з охорони праці або їх відсутність	0,46
Порушення режиму праці та відпочинку	0,46
Відсутність або неякісне проведення медобстеження	0,3
Невикористання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) через незабезпеченість ними	0,3
Залучення до роботи працівників не за спеціальністю	0,46
Порушення технологічного процесу	6,55
Порушення вимог безпеки під час експлуатації обладнання, устаткування тощо	3,66
Порушення вимог безпеки під час експлуатації транспортних засобів	2,74
Порушення правил дорожнього руху	8,84
Незастосування ЗІЗ (за їх наявності)	2,89
Невиконання посадових обов'язків	8,54
Невиконання вимог інструкцій з охорони праці	20,13
Інші організаційні причини	5,02
<i>Психофізичні</i>	
Незадовільні фізичні дані або стан здоров'я	3,2
Травмування внаслідок протиправних дій інших осіб	2,74
Інші психофізіологічні причини	3,55

Згідно з Класифікатором

За результатами досліджень встановлено, що найчастіше смертельно травмуються працівники з ПДР 0–0,2 (39,2%), у тому числі віком 42–47 років (8,54%). Припустимо, що це працівники, котрі з певних причин змінили професію, але не мають досвіду та якісної перепідготовки.

Також значна кількість смертельних нещасних випадків припадає на працівників з ПДР 0,8–1,0 (26,2%), у тому числі віком 48–53 роки (5,51%). Можливо, це працівники, які мають великий досвід роботи та вважають, що цього достатньо для того, аби не одержати травму.

Також висока питома вага загиблих працівників з ПДР 0,8–1,0 у віці 18–23 роки (4,46%). Це є свідченням нехтування молоддю правилами безпеки праці, недостатнього контролю рівня знань працюючих (табл. 3.4.10).

Таблиця 2.4.9

Основні види подій, що призвели до смертельних нещасних випадків у 2007 р. (%)

Вид подій	Причини			Всього
	Технічні	Організаційні	Психофізіологічні	
ДТП	3,17	14,76	1,21	19,14
Падіння потерпілого	5,76	15,77	2,57	24,1
Падіння, обрушення, обвалення предметів, матеріалів, породи, ґрунту тощо	5,44	10,19	0,75	16,38
Дія предметів та деталей, що рухаються, розлітаються, обертаються	5,0	7,88	0,45	13,33
Ураження електричним струмом	1,96	6,06	0,76	8,78
Дія підвищених температур (крім пожеж)	0,15	0,6	0,15	0,9
Дія шкідливих і токсичних речовин	0,15	1,21	0	1,36
Дія іонізуючого випромінювання	0	0,15	0	0,15
Показники напруженості праці	0	0,15	0	0,15
Ушкодження внаслідок контакту з тваринами, комахами, іншими представниками фауни	0,15	0,45	0,3	0,9
Утоплення	0,15	0,75	0,3	1,2
Асфіксія	0,15	0,3	0,15	0,6
Навмисне вбивство або травма, заподіяна іншою особою	0	0,3	2,43	2,73
Стихійне лихо	0,15	0	0	0,15
Пожежа	0,6	1,81	0,45	2,86
Вибух	0,15	0	0	0,15
Інші види	1,24	2,41	3,47	7,12
Всього	24,2	62,8	13,0	100

Згідно з Класифікатором

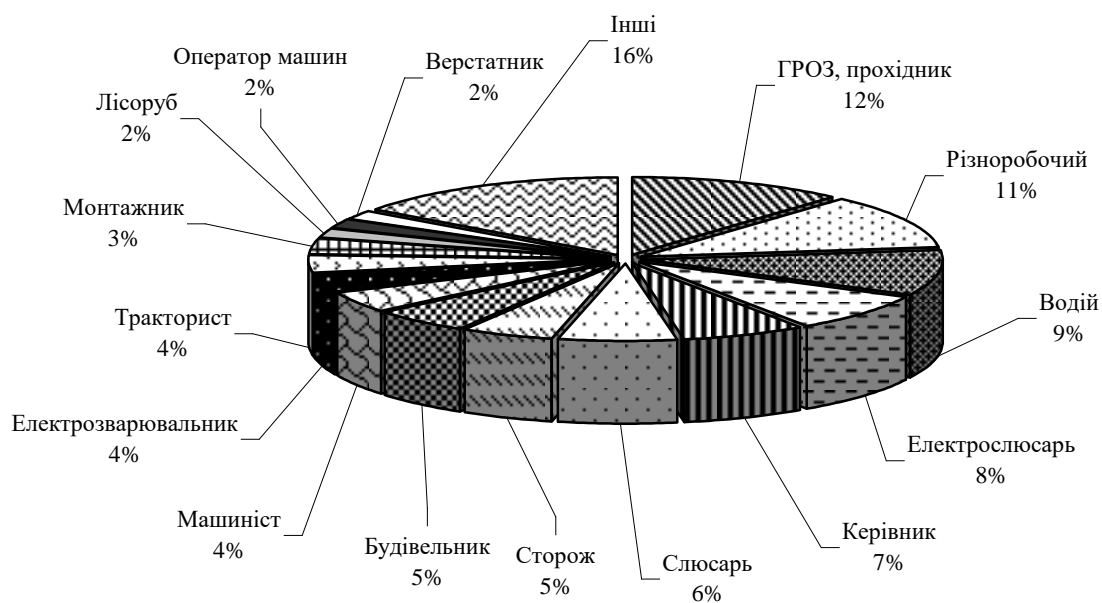


Рис. 2.4.3. Розподіл смертельно травмованих осіб за професіями у 2007 р.

Таблиця 2.4.10

Розподіл смертельних нещасних випадків за віком потерпілих та їх ПДР у 2007 р. (%)

Вік, років	Кількість потерпілих					Всього
	ПДР					
	0–0,2	0,2–0,4	0,4–0,6	0,6–0,8	0,8–1,0	
18–23	0,87	1,59	0,72	0,29	4,46	7,93
24–29	2,46	1,16	1,01	1,16	3,89	9,68
30–35	4,63	2,60	1,30	1,01	3,39	12,93
36–41	5,50	2,32	1,88	2,17	2,60	14,47
42–47	8,54	2,75	2,03	1,30	2,17	16,79
48–53	7,24	3,04	1,59	1,30	5,51	18,68
54–59	7,53	1,30	1,30	1,01	2,67	13,81
>60	2,46	0,72	0,43	0,58	1,51	5,70
Всього	39,2	15,5	10,3	8,8	26,2	100

Взагалі «людському фактору» належить значна роль у виникненні аварійних ситуацій.

Кількісні оцінки ролі людського фактору серед причин нещасних випадків виробничого характеру за даними різних авторів значно відрізняються. Як уже зазначалося, схильність до нещасних випадків залежить значною мірою від професійного досвіду, стажу, роботи за фахом. Відомо, що найбільша кількість потерпілих має стаж роботи до 5 років та більше 20 років. Важливою складовою людського фактору є мотивація, професійна спрямованість. Працівники, які мають сильний і стійкий професійний інтерес, набагато рідше травмуються. Рівень травматизму залежить від стану здоров'я працюючого, його взаємин у колективі.

Для всебічного урахування людського фактору в процесі виробництва доцільно також запроваджувати систему психофізіологічного відбору робітників в професії, до яких надаються особові вимоги, або які працюють в умовах підвищеної небезпеки. Професійний психофізіологічний відбір є підґрунтям для побудови системи раціонального розподілу кадрів на підприємствах, яке активно протидіє хаосу стихійного професійного відбору.

Відомо, що допуск до роботи осіб, які за своїми психофізіологічними особливостями не можуть задовільно її виконувати або виконують із значною кількістю помилок, – економічно не вигідно і небезпечно для суспільства, а для робітників може закінчитися втратою здоров'я, працездатності, а іноді і життя.

Одним з головних пріоритетів залишається стан безпеки у вугільній галузі, особливо на підприємствах недержавної форми власності, бо саме там зберігається тенденція зростання травматизму. Взагалі на вугільних підприємствах у 2006 р. травмовано майже 7 тис. працівників, у тому числі 168 – смертельно. 26 шахтарів померли від серцево-судинних захворювань (17,5% від усіх смертельних нещасних випадків, що сталися на підземних роботах). Рівень смертельного травматизму у вугільній галузі становить 15,6% від усіх смертельних нещасних випадків, які сталися в усіх галузях суспільного виробництва.

Зростання рівня смертельного травматизму зумовлено незадовільним станом промислової безпеки на підприємствах недержавної форми власності. На шахтах і підприємствах, що не входять до сфери управління Мінвуглепрому, з недержавною формою власності у 2006 р. сталося 41,7% нещасних смертельних випадків (70 із 168). Експлуатація шахт заборонялася в ході розслідування нещасних випадків або після оперативних обстежень через порушення вимог законодавства про охорону праці. Відновити зупинені роботи можна було тільки після повної ліквідації порушень правил безпеки.

Науковцями Державного Макіївського НДІ з безпеки робіт у гірничій промисловості був проведений пофакторний аналіз травматизму у вугільній галузі в 2006 р., який показав, що 18,6% нещасних випадків зі смертельними наслідками сталися через обвали й обвалення гірських порід, 18% – на шахтному транспорті і підйомі (на рейковому транспорті це пов'язано з їздою на вантажному і вантажолюдському колісному транспорті, постановкою вагонів, що зійшли з рейок, потрапляння людей між стінками виробок і складами, що рухаються. На конвеєрному транспорті травматизм пов'язаний з їздою на вантажних стрічкових конвеєрах, пуском у роботу конвеєрів без попереджувальної сигналізації і зачищенням конвеєрних ліній від вугілля та породи без їх зупинення). Чи не найбільш значущими травмуючим фактором на шахтах є гостра серцева недостатність (18,6%). За останні 10 років (1996–2005 рр.) на робочому місці чи після виїзду з шахти померла 271 особа, що залежить від несвоєчасного виявлення хвороб системи кровообігу у гірників під час медичних оглядів чи ухилення явно хворих працівників від щорічних медоглядів. Травматизм зі смертельними наслідками трапляється на машинах і механізмах в 8,4% випадків, внаслідок падіння людей з висоти – 7,2%, від вибухів газу та вугільного пилу – 5,4%, задухи й отруєння – 3,0%, газодинамічних явищ – 2,4%, від ураження електрострумом – 2,4%, від інших факторів, що включають прорив води, від інших факторів – 17,2%.

Аналіз причин смертельного травматизму на шахтах галузі показує також, що вже не 80%, як було впродовж кількох десятків років, а 90–92% аварій і смертельних випадків стається з організаційних причин, внаслідок порушення правил і норм безпеки, технологічної дисципліни, багато в чому через неадекватні дії працівників, задіяних у трудових процесах. Звичайно, в окремих випадках травмування гірників та інженерно-технічних працівників є і технічна першопричина, але безпосередньою причиною більшості цих нещасть є, як правило, недооцінка небезпек, недисциплінованість, порушення технології та порядку ведення робіт з метою їх прискорення чи спрощення. З припливом у галузь в останні роки молодих робітників суттєву роль у виникненні займає ненавченість і непрофесіоналізм.

Основними причинами аварій на малих вугільних підприємствах є елементарні порушення правил безпеки, не говорячи вже про «дідівський» спосіб видобування вугілля, що заборонено Гірничим законом України.

Видобуток вугілля ведеться в основному відбійним молотками, лише подекуди із застосуванням підривних робіт чи широкозахоплювальними комбайнами. Транспортні

засоби використовуються найпримітивніші, а стаціонарне гірничошахтне устаткування здебільшого двічі відпрацювало нормативні терміни. У таких умовах важко очікувати ефективної безпечної роботи. Вже став очевидним факт, що технологія і механізація видобутку вугілля на цих шахтах зробила крок назад – у 20-ті роки минулого століття. Природно, рівень травматизму в цих умовах зростатиме і далі, якщо не буде втручання з боку держави.

Сьогодні рівень травматизму як на приватизованих шахтах, так і тих, що входять до складу Мінвуглепрому, на порядок вищий, ніж у передових вугледобувних країнах (Австралія, США, Польща та ін.). В Австралії на 380 млн т вугілля, що видобувається, смертельний травматизм щороку становить 2–3 особи, у США на 1 млрд т – 15–20 осіб, у Польщі при видобутку 100 млн т у 2005 р. загинуло 11 осіб. В Українській вугільній промисловості в 2006 р. смертельний травматизм на 80 млн т, як уже зазначалося, становив 168 осіб.

Трагедія на шахті ім. Засядька у 2007 р. за кількістю загиблих свідчить про значну небезпеку порушень у вугледобувній галузі, особливо це стосується недодержання пилогазового режиму на шахтах. Вибіркова перевірка робітниками гірничотехнічної інспекції на 11 шахтах Луганської області тільки на 7 діючих очисних вибоїв, 19 підготовчих виробок виявлено 3888 порушень Правил безпеки у вугільних шахтах.

Економічна незалежність роботодавців породила почуття вседозволеності, зневажливе ставлення до охорони праці і безпеки життя людей. Виробничий травматизм перестав залежати від якості нормативних документів, інструкцій і наказів, а є наслідком їх невиконання.

За роки незалежності була також практично втрачена система підготовки кваліфікованих кадрів з вузькоспеціалізованих профілів, а світовий технічний прогрес пішов уперед, закинувши на виробництво України обладнання, яке хоча і не останнє слово у світі високих технологій, та все ж таке до якого потрібно ще довго при звичаюватись. Значної уваги потребує поліпшення умов і безпеки праці на підприємствах металургійної промисловості. Металургійна промисловість об'єднує багато виробництв – таких, як доменне, сталеплавильне, прокатне, агломераційне, коксохімічне, металевих порошоків та виробів з них тощо. Зношеність виробничих фондів в металургії складає 50–70%, а по таких агрегатах, як коксові батареї, прокатні стани, доменні і мартенівські печі, рудні перевантажувачі сягає 90%.

В останні три роки на підприємствах металургійного комплексу спостерігається в цілому зменшення випадків смертельного травматизму в 1,4 разу. Але на підприємствах малого бізнесу – збільшення на 25%. Цю ситуацію спричинює те, що з кожним роком збільшується кількість малих та приватних підприємств, які займаються ремонтними, будівельними, монтажними роботами, та таких, що виконують операції з металобрухтом. На таких підприємствах грубо порушуються Закони України «Про охорону праці», «Про металобрухт» та інші нормативні акти з охорони праці, коли до виконання робіт допускаються випадкові люди по усній домовленості, не навчені безпечним методам виконання робіт, без інструктажу з правил безпеки та забезпечення умов праці на робочих

місцях, без дозволу на початок роботи від Держнаглядохоронпраці тощо. Усе перелічене залишає пріоритетним завдання щодо посилення діяльності фахівців за додержанням вимог законодавчих та нормативних актів підприємствами металургії, особливо малого та середнього бізнесу.

До складних галузей виробництва з точки зору гігієни і охорони праці належить будівництво. У 2006 р. виробничий травматизм в цій галузі складав 1320 випадків, з них 160 – зі смертельними наслідками.

У 2006 р. на об'єктах будівництва, будівельних організаціях та підприємствах з виробництва будівельних матеріалів сталося 160 нещасних випадків із смертельними наслідками проти 140 у 2003 р. Значна кількість смертельних випадків сталася внаслідок падіння працюючих з висоти – 40%, травмування рухомими частинами машин і механізмів – 14%, обрушення будівельних конструкцій та їх частин – 8%, дорожньо-транспортних пригод – 11%.

Основними причинами виробничого травматизму у будівельній галузі є незабезпеченість і незастосування працюючими колективних та індивідуальних засобів захисту при виконанні робіт на висоті, грубі порушення трудової і технологічної дисципліни, недотримання правил безпечної експлуатації машин, механізмів і устаткування, низька якість або зовсім відсутні проекти виконання робіт.

За останні роки, внаслідок різкого погіршення фінансового стану більшості суб'єктів господарювання та зменшення інвестиційних можливостей бюджетів усіх рівнів, відбулося значне скорочення обсягів будівництва, що в свою чергу призвело до розпаду великих будівельних об'єднань та напрацьованої раніше системи управління охороною праці у будівництві, відтоку кваліфікованих спеціалістів у далеке і близьке зарубіжжя. Цю нішу зайняли невеликі організації недержавної форми власності, які не мають кваліфікованих спеціалістів з охорони праці або такий підрозділ зовсім відсутній, роботи часто ведуться без дозволу Держнаглядохоронпраці на початок робіт, що є грубим порушенням вимог Закону України «Про охорону праці».

За останні кілька років, у зв'язку зі збільшенням інвестицій, різко зросли обсяги будівництва великих промислових міст (Київ, Донецьк, Дніпропетровськ) та внаслідок використання некваліфікованої робочої сили спостерігається підйом травматизму.

З метою зменшення виробничого травматизму, поліпшення стану охорони праці на виробництвах будівельного комплексу та підвищення ефективності державного санітарно-гігієнічного нагляду передбачається продовжувати цільові перевірки будівельних об'єктів щодо: наявності проектно-технічної документації на безпечне ведення будівельно-монтажних робіт та дозволу Держгірпромнагляду та санепідслужби на початок робіт; забезпеченості працюючих засобами колективного та індивідуального захисту; дотримання працюючими правил поведіння з машинами, механізмами та устаткуванням, як основними травмуючими факторами; та поновлення роботи зупинених великих будівельних об'єктів і підприємств, на яких сталися смертельні нещасні випадки, оформляти тільки через дозвіл Держгірпромнагляду.

Однією з найважливіших галузей економіки є машинобудування, в якій налічується близько 10,7 тис. підприємств.

Основними подіями, що призводять до скоєного травматизму на підприємствах машинобудування, металообробки, оборонного комплексу є падіння з висоти, пожежі від саморобних обігрівачів, ураження електричним струмом, дія предметів та деталей обладнання, що рухаються, обертаються.

Основними причинами нещасних випадків є незадовільна організація виконання робіт та неузгодженість дій, відсутність або недостатня якість проведення навчання та інструктажів з охорони праці, порушення працівниками технологічної дисципліни, нехтування вимогами безпеки працівниками, незадовільний технічний стан будівель, споруд, території.

Значна кількість виробничих будівель та споруд (майже 1,2 тис. об'єктів) знаходяться в аварійному стані. Машини, механізми, верстатне та технологічне обладнання, транспортні засоби фізично зношені, морально застарілі та не відповідають вимогам безпеки.

На переважній більшості машинобудівних підприємств створені служби охорони праці, функціонують кабінети охорони праці. Однак діяльність цих служб не завжди ефективна і не відповідає вимогам чинних нормативних актів.

Залишається необхідність заборони експлуатації будівель та споруд, що знаходяться в аварійному стані, забезпечення здійснення Мінпромполітики контролю за умовами охорони праці робітників.

Транспортні підприємства належать до найбільш численних в економіці країни (2460 – на залізничному, 7390 – на автомобільному, авіаційному, морському, річковому). Виробничий травматизм в 2006 р. склав 927 випадків, 74 з них – смертельних.

Основними причинами нещасних випадків на залізничному транспорті є наїзди рухомого складу на працюючих, ураження електричним струмом та падіння з висоти.

Значна частина вагонного парку Укрзалізниці сьогодні вичерпала встановлений ресурс технічної експлуатації, майже 12% довжини головних колій України експлуатуються з простроченими термінами ремонту.

На інших видах транспорту основними причинами нещасних випадків є порушення вимог безпеки під час експлуатації, обслуговування та ремонту транспортних засобів.

Впродовж останніх років має місце зниження рівня безпеки, як власне на транспортних засобах, так і у всій транспортній інфраструктурі держави.

Значна частина автомобілів, повітряних, морських та річкових суден (особливо недержавної форми власності) сьогодні вичерпала встановлений ресурс технічної експлуатації.

У більшості невеликих транспортних підприємств-перевізників відсутні умови для зберігання, технічного обслуговування, ремонту та безпечної експлуатації транспортних засобів, що негативно впливає на умови праці та безпеку руху.

На жаль, хронічна нестача коштів на придбання запасних частин та ремонт призводить до експлуатації транспортних засобів з грубими порушеннями, що ставить під

загрозу не лише безпеку працівників транспорту, але й безпеку пасажирів та збереження в цілості потенціально небезпечних вантажів.

Пріоритетними напрямками щодо попередження виробничого травматизму на транспорті є дотримання вимог безпеки при маневрових роботах, електробезпеки під час виконання робіт в зоні зближення транспорту з контактною мережею, дотримання регламенту передрейсової підготовки транспортних засобів, безпеки праці під час виконання робіт на надводних і підводних плавзасобах тощо.

Складна ситуація з виробничим травматизмом склалася в агропромисловому комплексі, який включає майже 95 тис. підприємств: сільського, рибного, водного, лісового господарств, харчової та переробної промисловості, споживчої кооперації. За кількістю випадків виробничих травм АПК поступається тільки вугільній промисловості. На підприємствах АПК намітилася тенденція до зменшення кількості нещасних випадків, в значній мірі це залежало від зменшення обсягів робіт на підприємствах внаслідок перерозподілу їх до приватних присадибних господарств (приєднання земельних і майнових паїв селян до присадибних ділянок) та зменшення кількості працюючих в підприємствах.

Найбільш травмонебезпечними залишаються такі категорії робітників, як механізатори (20,2%), сторожі та охоронники (14,8%), працівники харчової та переробної промисловості (20,0%), водії автомобілів (11,0%), тваринники (8,8%) тощо.

Серед виробничого травматизму працівників АПК на долю механізаторів припадає майже чверть нещасних випадків зі смертельними наслідками. Причому, ця проблема має свою специфіку щодо характерних порушень трудової дисципліни, часто пов'язаних з вживанням алкоголю.

Порушення трудової та виробничої дисципліни відмічається в 20,1% випадків, а також має місце залучення до роботи з підвищеною небезпекою неналежно підготовленого персоналу.

Особливу увагу також викликають питання державного нагляду за об'єктами підвищеної небезпеки хімічного комплексу, який нараховує 4,5 тис. підприємств хімічної, нафтохімічної та нафтопереробної промисловості. З них найбільш потенційно небезпечними є 8 виробництв вибухових речовин та утилізації непридатних боєприпасів, 44 великотоннажні виробництва неорганічних речовин (добрива, хлор, аміак, кислоти), 12 нафтопереробних заводів, 11 виробництв продуктів органічного синтезу, понад 2,5 тис. об'єктів, що використовують хлор та аміак, магістральні аміакопровід та етиленопровід. Особливо зростання небезпеки праці і виробничого травматизму в хімічній галузі відмічається в Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській та Харківській областях.

За останні 5 років збільшується рівень виробничого травматизму у ВАТ «Запорізький завод феросплавів» внаслідок дії предметів, деталей, що рухаються, розлітаються, обертаються.

На Хмельниччині в 2007 р. при перевірці зернопереробних і приймальних підприємств було встановлено, що майже в 50% випадках вони не мали дозволу на виконання робіт.

Перевірки на підприємствах бурового управління «Укрбургаз» дочірньої компанії «Укргазвидобування» в 2007 р. свідчила про порушення безпеки експлуатації об'єктів котлонагляду та підйомних споруд. 75% бурового обладнання відпрацювало нормативний термін експлуатації. Через низьку якість бурових, будівельних робіт та капітального ремонту свердловин деякі з них передаються в експлуатацію з міжколонними тисками. Все це призводить до підвищення виробничого травматизму, у т. ч. зі смертельними наслідками.

Найбільш характерними недоліками і порушеннями на підприємствах газопостачання були:

залучення до управління та обслуговування систем газопостачання працівників без спеціальної освіти та досвіду роботи в газовому господарстві;

недоукомплектованість спеціалістами;

відсутність у газових господарствах відомчого контролю за додержанням вимог правил безпеки та інших нормативних актів;

неукомплектованість підприємств сучасними газоаналізаторами та приладами контролю витоку газу;

застосування під час ремонтів та технік обслуговування ГРП комплектуючих виробів та матеріалів, що не передбачені заводами-виробниками;

численні випадки застосування непрацездатних запобіжно-запірних та запобіжно-скидних клапанів на ГРП та багато інших порушень.

Тільки результати наглядової діяльності Держгірпромнагляду по Донецькій області за один 2006 р. показали в галузях суспільного виробництва більш ніж 560 тис. порушень нормативних вимог.

У Харківській області за 2006 р. виявлено 115462 порушень законодавчих і нормативно-правових актів з охорони праці, заборонено експлуатацію 17 017 одиниць устаткування машин і механізмів.

В Сумській області при вибіркових перевірках виявлено 11725 порушень норм і правил з охорони праці, що призводило до призупинення роботи устаткування, машин і механізмів.

Занепокоєння викликає стан виробничого травматизму на підприємствах Укрморрічфлоту, його зростання зі смертельними наслідками. Це стосується Одеського, Іллічівського, Ренійського, Ялтинського, Херсонського та Ізмаїльського морських торговельних портів, Одеського судоремонтного заводу. Вибірковий огляд маломірного флоту, який веде промисел риби, показав, що до цього часу жоден пірс не відповідає необхідним параметрам, відсутні рятувальні засоби, порушується графіки техогляду суден тощо.

Практично на всіх підприємствах галузі причинами нещасних випадків є невиконання посадових обов'язків з охорони праці з боку посадових осіб, недодержання інструкцій з охорони праці виконавцями робіт, порушення трудової та технологічної дисципліни і роботодавцями, і виконавцями робіт.

Аналіз показує, що більша частина травм, у тому числі і зі смертельними наслідками, трапляється в морських портах. На жаль, нещасні випадки зі смертельними наслідками трапляються за однакових обставин, мають однакові причини.

Актуальною залишається необхідність виконання Програми щодо розробки нормативних актів з охорони праці зробити аналіз діючої в Україні нормативної бази колишнього ММФ СРСР з метою продовження термінів дії нормативних документів, якщо вони не суперечать національному законодавству, або їх відміни, якщо вони не відображають необхідних вимог.

Тільки за 6 місяців 2007 р. в Укрморрічфлоті було виявлено 9137 порушень правил безпеки, заборонено експлуатацію понад 1240 одиниць устаткування.

В агропромисловому комплексі значно збільшилася кількість підприємств, погіршилися можливості санепіднагляду і наглядова діяльність щодо охорони праці. Іноді інспектори з нагляду за охороною праці не можуть протягом п'яти років жодного разу потрапити на підприємство.

В Україні експлуатується 800 тис. одиниць різного устаткування, машин і механізмів, що не відповідають вимогам охорони праці, 9 тис. перебувають в аварійному стані й становлять постійну загрозу для працюючих там людей.

За оперативними даними органів Держгірпромнагляду, упродовж 2007 р. державними інспекторами з нагляду за охороною праці проведено 235973 перевірки підприємств. За результатами проведених перевірок виявлено майже 2,5 млн порушень нормативних актів з охорони праці, призупинено 258101 роботу та виробничий об'єкт.

Таким чином, аналіз причин професійної захворюваності та виробничого травматизму свідчить, що значна їх кількість на виробництві трапляється, з одного боку, за рахунок незадовільних санітарно-гігієнічних умов, недотримання вимог безпеки праці, з технічних і технологічних причин, особливо в малому і середньому бізнесі, з другого – внаслідок незадовільного рівня знань з питань охорони праці керівників, організаторів виробничої діяльності та працівників або нехтування цими знаннями. При впливі на вказані чинники є перспектива зниження професійної захворюваності та виробничого травматизму.

Шляхи вирішення проблеми щодо зниження професійної захворюваності та виробничого травматизму знаходяться в площині:

- удосконалення системи технічного регулювання на виробництві: технічне забезпечення державного нагляду за безпечним веденням робіт, станом охорони праці та технічної безпеки, контроль за договірними стосунками між роботодавцем і робітником в сфері гігієни та охорони праці в рамках чинного законодавства;

- координація промислової безпеки: здійснення комплексно за участю працівників Держгірпромнагляду, Ради з стандартизації, Ради Національного органу з акредитації, науково-дослідних інститутів з гігієни праці, санепіднагляду, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, робочої групи з розробки Концепції Державної програми забезпечення технологічної безпеки для основних галузей економіки тощо;

- постійна розробка законодавчих, нормативних актів, технічних регламентів щодо врегулювання питань поліпшення умов праці, забезпечення безпеки праці;
- гармонізація національних стандартів (норм, правил) з міжнародними вимогами;
- проведення постійної і вимогливої експертизи проектної документації і технічного діагностування на відповідність їх вимогам нормативно-правових актів з питань гігієни і охорони праці;
- більше уваги приділяти питанням безпеки праці при проведенні паспортизації будівель, споруд, атестації робочих місць, оцінки санітарно-гігієнічних факторів виробничого середовища;
- поступове виведення з експлуатації та ремонту виробничих будівель і споруд, машин, механізмів, устаткування, транспортних засобів, інших засобів виробництва, які не відповідають вимогам нормативних актів про охорону праці;
- підготовка і перепідготовка, атестація фахівців з гігієни праці, профпатології, організаторів охорони здоров'я, державних інспекторів Держгірпромнагляду, санітарних лікарів інших фахівців з питань гігієни і охорони праці;
- зробити більш дієвою систему видачі дозволів та ліцензій роботодавцям з метою забезпечення безпеки виробництв, підприємств і робіт, підвищення безпеки їх експлуатації, а також захисту працівників та виробничого середовища від впливу шкідливих і небезпечних факторів виробничої діяльності;
- розробка і впровадження в провідних галузях суспільного виробництва системи психофізіологічного відбору спеціалістів, зайнятих на роботах зі шкідливими і небезпечними умовами.
- проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи на всіх рівнях через засоби масової інформації, наукові і популярні публікації, спрямовані на підвищення грамотності фахівців і населення з проблем запобігання нещасних випадків на виробництві, збереження здоров'я і життя в процесі трудової діяльності;
- більш широке використання наукових розробок, наукового супроводу документів, регламентуючих гігієнічні параметри умов та безпеки праці.

2.5. Динаміка стану здоров'я населення старших вікових груп

Фізичний і психічний стан людини визначає потенціал її здоров'я і є основою формування активного і працездатного довголіття, фактором профілактики численних недуг старості та передчасної смерті. Високий рівень соматичного і духовного здоров'я здатний забезпечити тривалу і активну старість, натомість низькі показники здоров'я спричиняють різноманітні захворювання і скорочують біологічно детерміновану тривалість життя. Старіння спричинює втрату здоров'я, зниження працездатності, фізичної і психічної активності, знижує опір організму захворюванням.

Старіння проявляється специфічними зовнішніми і внутрішніми ознаками, а внутрішні ознаки – зниженням активності умовних і безумовних рефлексів, мускульної сили і м'язового тону, погіршенням діяльності серцево-судинної системи, органів травлення, виділення.

Внаслідок зниження активності імунної системи при старінні пригнічуються системи імунного захисту і адаптації організму проти дії хвороботворних чинників.

Процес постаріння населення, як одна з основних демографічних тенденцій, у різних країнах світу був встановлений на основі різнобічного і глибокого аналізу, зробленого демографами різних країн, і узагальнений в офіційних статистичних документах ООН.

Сучасна демографічна ситуація в Україні і прогнозоване збільшення чисельності населення літнього і старечого віку на початку ХХІ ст. потребують вирішення ряду проблем соціально-економічного, медичного і гуманітарного характеру, які належать до конкретних потреб старіючих людей. Постаріння населення супроводжується збільшенням кількості осіб у старшому за працездатний віці, з хронічною комплексною патологією, яка характеризується ускладненнями і загостреннями. Усе це нерідко призводить до порушення фізичного і психічного здоров'я, зниження рухової активності, обмеження здатності до самообслуговування і до зростання потреби цього контингенту в медико-соціальній допомозі. Ця особливість визначає серйозні і складні завдання, які стоять перед практичною медициною.

Абсолютні дані свідчать, що у 2007 р. серед осіб у віці, старшому за працездатний, зареєстровано 29 млн 894,7 тис. захворювань (269137,5 на 100 тис. відповідного населення), з них із встановленим вперше діагнозом – 5 млн 632,9 тис. (50712,2). У 2006 р. цей показник дорівнював 29 млн 128,8 тис. захворювань (261955,3 на 100 тис. відповідного населення).

Аналіз даних статистичної звітності за останній 5-річний період свідчить про погіршення стану здоров'я населення непрацездатного віку в Україні. З 2002 р. спостерігається подальше зростання рівнів захворюваності і поширеності хвороб взагалі та за більшістю основних класів МКХ-10. При цьому показники захворюваності збільшились серед 14 класів хвороб МКХ-10, а поширеності хвороб – у 13 класах з 15, за якими ведеться моніторинг змін стану здоров'я населення та окремих його груп.

Захворюваність населення непрацездатного віку за цей період в цілому зросла на 9,9%, у тому числі захворюваність на ендокринні хвороби – на 51,4%, хвороби крові й кровотворних органів – на 33,4%, сечостатевої системи – на 17,4%, органів травлення – на 14,2%, нервової системи – на 13,4%, органів дихання – на 13,1%, ока та його придаткового апарату – на 13,0%, розлади психіки і поведінки – на 11,7%, хвороби вуха та соскоподібного відростка – на 10,6%; а в решті класів хвороб вона збільшилась у межах 5,0–8,9%. За останній 5-річний період дещо зменшилась тільки захворюваність від травм і отруєнь (на 0,9% від рівня у 2002 р.).

Рівень поширеності хвороб серед населення літнього і старечого віку зріс порівняно з 2002 р. на 21,4%. Таке явище спостерігалось щодо всіх класів хвороб, за винятком деяких інфекційних та паразитарних, які зменшились за цей період на 10,4%, та травм і отруєнь (на 0,9%). Найбільш помітні зміни у поширеності спостерігалась щодо наступних класів хвороб: крові й кровотворних органів (+56,6%), сечостатевої системи

(+32,5%), ендокринних хвороб (+32,0%), органів травлення (+29,8%), системи кровообігу (+23,4%). Збільшення показників інших класів хвороб реєструвалось у межах 6,4–19,5%.

Порівняно з 2006 р. у 2007 р. більшість показників, які характеризують стан здоров'я населення непрацездатного віку, мали негативну тенденцію до збільшення. У ряді випадків ці зміни не мали суттєвого характеру, що дає надію на стабілізацію окремих показників здоров'я. Якщо поширеність хвороб у людей похилого віку за останній рік зросла на 2,7%, то захворюваність – на 2,2%. Статистичні дані свідчать, що поширеність хвороб за останній рік найбільше зросла серед класів хвороб крові й кровотворних органів (+6,9%), ендокринних хвороб (+5,8%), органів дихання (+4,1). Водночас цей показник зменшився щодо трьох класів: деяких інфекційних та паразитарних хвороб (-2,4%), травм та отруєнь (-2,6%), хвороб вуха та соскоподібного відростка (-1,3%).

За останній рік найбільше зростання показників захворюваності населення похилого віку спостерігалось на хвороби органів дихання (+6,7%), ендокринні хвороби (+4,8%), а також хвороби шкіри та підшкірної клітковини (+3,9%). Водночас зафіксовано зменшення рівнів показників серед 4 класів хвороб, з них найбільш суттєво – травм та отруєнь (-2,8%).

Тенденції змін основних показників захворюваності та поширеності хвороб щодо домінуючих у їхній структурі класів хвороб серед населення похилого віку наведено у таблиці 2.5.1.

Таблиця 2.5.1

Динаміка показників загальної та первинної захворюваності населення непрацездатного віку серед найбільш вагомих у їхній структурі класів хвороб у 2002, 2006–2007 рр.

Провідні класи хвороб МКХ-10 щодо населення непрацездатного віку	Відносний показник на 100 тис. відповідного населення			%	
	2002	2006	2007	2007/2006	2007/2002
<i>Поширеність хвороб</i>					
Усього	221688,4	261955,3	269137,5	102,74	121,40
Хвороби системи кровообігу	114315,4	137375,5	141081,8	102,70	123,41
Хвороби органів травлення	19106,8	23886,4	24803,7	103,84	129,82
Хвороби органів дихання	19911,2	21522,2	22408,0	104,12	112,54
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	13907,8	16136,7	16400,4	101,63	117,92
Хвороби ока та його придаткового апарату	12358,1	14555,9	14723,9	101,15	119,14
<i>Захворюваність</i>					
Усього	46152,8	49644,4	50712,2	102,15	109,88
Хвороби органів дихання	10895,8	11544,8	12322,9	106,74	113,10
Хвороби системи кровообігу	9968,5	10331,3	10442,1	101,07	104,75
Хвороби ока та його придаткового апарату	3954,6	4425,9	4468,4	100,96	112,99
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	3542,5	3821,8	3859,0	100,97	108,93
Травми, отруєння	3671,1	3742,3	3639,1	97,24	99,13

У 2007 р. на п'ять домінуючих класів у структурі поширеності хвороб (табл. 2.5.1) серед населення літнього та старечого віку разом припадало 81,7% усієї патології. Щодо

захворюваності цей показник дорівнював 68,5%. При розробці програм збереження та поліпшення здоров'я населення непрацездатного віку на державному та регіональному рівнях слід приділяти увагу заходам проти найбільш поширеної вікозалежної патології.

У таблиці наведено динаміку змін рівнів провідних класів захворювань серед населення непрацездатного віку. Водночас становить інтерес аналітична інформація щодо регіональних відмінностей вікозалежної патології, яку можна отримати із існуючої статистичної звітності.

За всіма класами хвороб у 2007 р. регіони з граничними значеннями показників розташовувались таким чином. За рівнями захворюваності населення похилого віку перші три рангові місця посіли Сумська (31096,2), Кіровоградська (31893,5) та Луганська (32145,2) області при загальноукраїнському показнику 50712,2 на 100 тис. відповідного населення. Останні три рангові місця (з 25-го по 27-ме) припадали на Львівську (74395,4), Харківську (64409,6) області та м. Київ (86569,8).

За поширеністю хвороб 1–3-тє рангові місця посідали АР Крим (212192,1), Чернівецька (217464,7), Рівненська (222393,8) області при загальному показнику в 2007 р. по Україні 269137,5 на 100 тис. відповідного населення. 25–27-ме рангові місця за цим показником залишились за Черкаською (308957,6) областю та містами Севастополем (384279,7) і Києвом (436387,9).

З 27 регіонів України рівні захворюваності населення непрацездатного віку переважили загальноукраїнський показник у 8 (29,6%), а поширеності хвороб – у 10 (37,0%).

З наведених даних видно, що до проблемних регіонів у 2007 р. за показниками захворюваності та поширеності хвороб серед населення похилого віку увійшло, передусім, м. Київ (на останніх 27-х рангових місцях). Це спостерігалось і у 2006 році.

Таким чином, результати аналізу даних статистичної звітності за 2007 р. порівняно з 2002 та 2006 рр. свідчать про поступове погіршення більшості показників, які характеризують стан здоров'я населення непрацездатного віку. Це стосується захворюваності і поширеності взагалі та за окремими класами хвороб МКХ-10, а також по адміністративних територіях України.

За останній 5-річний період, починаючи з 2002 р., серед домінуючих класів хвороб найбільше зросли показники захворюваності на хвороби органів дихання (+13,1), ока та його придаткового апарату (+13,0), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (+8,9%). Поширеність хвороб за цей період найбільше зроста серед класів хвороб органів травлення (+29,8%), системи кровообігу (+23,4%), ока та його придаткового апарату (+19,1%).

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

2.6. Характеристика стану репродуктивного здоров'я населення України

Основною передумовою забезпечення належної охорони громадського здоров'я в цілому є ефективна система охорони репродуктивного здоров'я населення з обов'язковим урахуванням економічної, екологічної, макро- та мікросоціальної ситуації, трудових відносин та багатьох інших факторів.

Проблема репродуктивного здоров'я населення прирівнюється до глобальних проблем сьогодення, вирішення яких зумовлює факт подальшого існування нації.

Соціальна стратегія, спрямована на створення умов для усталеного розвитку України на основі використання і удосконалення людського потенціалу в країні, передбачає включення гендерної компоненти в усі області громадського життя: в політику, економіку, культуру. Це визначається конституційним принципом «Чоловік і жінка мають рівні права і свободу і рівні можливості для їхньої реалізації».

Як відомо, за визначенням ООН, саме гендерні відносини наразі є однією із головних проблемних парадигм XXI ст. Адже 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 особливого значення набуває динаміка гендерних аспектів здоров'я, на яку тривалий час не звертали уваги.

Незважаючи на відсутність комплексної системи забезпечення гендерного рівня в Україні, існує кілька пріоритетних завдань, які слід виконати. Насамперед це реалізація прав жінки, зокрема виконання рекомендацій Парламентських слухань 2004 р. «Положення жінок в Україні: реалії і перспективи» і Закону України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» від 08.09.2005 р. №2866, покликаних сприяти ліквідації гендерної дискримінації і розширенню можливостей жінок у політичній, економічній і соціальній сферах.

Однак не менш важливим пріоритетом, що дотепер не обговорювався 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 суцільно «жіночим». Найбільш гостро в даному аспекті стоять проблеми захисту здоров'я чоловіків, боротьба зі шкідливими звичками, які негативно впливають на якість їхнього життя і здоров'я, зниження рівня психологічного і фізичного насильства в житті чоловіків.

Демографічна ситуація в Україні характеризується зменшенням кількості населення і погіршенням стану загального та репродуктивного здоров'я чоловічого населення. До особливостей, властивих проблемам чоловічого репродуктивного здоров'я, можна віднести кілька моментів: у 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 більш складно переносять економічні проблеми, зокрема безробіття, яке протягом тривалого часу в Україні тримається на рівні 8–10%, 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. 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 (ПСП). 60% пацієнтів з ПСП 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% відзначили, що батько активно допомагає у вихованні. Тому в державі розробляються стратегії, спрямовані на формування статусу усвідомленого батьківства.

В Україні проблема чоловічого репродуктивного здоров'я малодосліджена. У попередніх програмах планування сім'ї основна складова – стан репродуктивного здоров'я жінки. Лише у Державній програмі «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. до основних груп Програми належать не лише жінки, але й діти та чоловіки.

В цілому репродуктивне здоров'я населення України, зумовлене численними факторами в ланцюгу «природа – сім'я – суспільство», динамічно розвивається, зберігаючи сліди попередніх умов і генетичної детермінації. За даними щорічних звітів, стан репродуктивного здоров'я в Україні знаходиться далеко за межами міжнародних стандартів. Наразі стан репродуктивного здоров'я нації характеризується низьким рівнем народжуваності на тлі високого рівня основних складових загрози репродукції особи – безпліддя, мертвонароджуваності, спонтанних абортів, вроджених вад розвитку, материнської, перинатальної і малюкової смертності.

Ситуація, яка склалася, зумовлює необхідність посилення інтегрованого підходу до вирішення соціальних, поведінкових, біологічних проблем, що впливають на формування і зміцнення репродуктивного здоров'я, та впровадження сучасних медико-організаційних технологій репродуктивного здоров'я, які ґрунтуються на доказовій медицині.

Велике значення для формування і збереження репродуктивного здоров'я населення має діяльність акушерсько-гінекологічної служби. Сформована протягом останніх років система акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні базується на принципі єдності здоров'я матері та дитини, а удосконалення первинної медико-санітарної допомоги вагітним, жінкам, дівчаткам має пріоритетне значення.

Спеціально розроблена за світовим зразком система планування сім'ї (ПС), яка включає комплекс медико-організаційної роботи, спрямованої на формування серед населення безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні і поліпшенні особистого здоров'я та основ відповідального батьківства, стала основою для формування репродуктивної функції підростаючого покоління та збереження репродуктивного здоров'я у дорослого населення. Нині служба планування сім'ї налічує понад 500 закладів. В основу її діяльності покладена, насамперед, цілеспрямована робота з формування у молоді статевої культури та підготовки для створення сім'ї.

При цьому діяльність служби ПС в Україні з питань реформування репродуктивного здоров'я здійснюється спільно зі службами освіти на будь-якому структурно-організаційному рівні шляхом створення та затвердження спільних програм відповідно до вікової категорії дітей.

Система організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги включає етапність (рівні) надання медичної допомоги (за узагальненими нормативами (стандартами) надання медичної допомоги) – систематичний, кваліфікований, однаково доступний у селах і містах лікарський, фельдшерський, сестринський, профілактичний нагляд за жінками.

Основний принцип застосування нормативів – це організація та оптимальний обсяг обстеження лікування конкретної пацієнтки. Якщо той чи інший лікувальний заклад не може забезпечити необхідний обсяг допомоги, пацієнтку слід поінформувати щодо необхідного обсягу і направити на вищий рівень організації діагностично-лікувального процесу.

На виконання нормативів (стандартів) розроблено на основі доказової медицини і затверджено наказами МОЗ України клінічні протоколи з лікування найбільш поширених видів акушерської, гінекологічної та неонатологічної патології. Виконання вимог клінічних протоколів є обов'язковим для медичних спеціалістів на основі юридичних відносин із пацієнткою.

У цілому національну систему охорони репродуктивного здоров'я організовано так, щоб забезпечити контроль за станом майбутніх батьків на різних стадіях розвитку організму. Вона базується на Стратегії ВООЗ для країн Європейського регіону з цих питань, основними принципами якої є: зміцнення здоров'я жінок і чоловіків, у т. ч. і репродуктивного, шляхом організації більш доступної і менш витратної первинної медико-санітарної допомоги високої якості, включаючи служби охорони репродуктивного

здоров'я (центри й інформаційні служби з питань планування сім'ї); розробка політики і програм підтримки виконання чоловіками і жінками обов'язків батьків, створення безпечних умов побуту; забезпечення умов безпечного материнства і відповідального батьківства. Реорганізація «Школи материнства» у «Школу відповідального батьківства» передбачає через нові комунікаційні технології підготовку вагітної та членів її родини до партнерських пологів як вагомого психологічного заходу профілактики ускладнень у пологах, зменшення застосування медикаментів, зменшення кількості пологів шляхом кесаревого розтину і, як результат, поліпшення здоров'я новонароджених.

Система стаціонарної допомоги регламентована наказом МОЗ України від 29.12.2003 р. №620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги» і передбачає створення індивідуальних пологових палат відповідно до вимог Цивільного кодексу щодо конфіденційності стану здоров'я пацієнта, забезпечення комфортних умов спільного перебування матері та новонародженого в індивідуальній палаті з метою забезпечення дотримання «теплого ланцюжка» та профілактики інфекційних захворювань у породіль та новонароджених. У 2007 р. Україна запровадила міжнародну систему обліку і статистики в частині визначення критеріїв перинатального періоду (починаючи з 22-го повного тижня вагітності), живонародженості і мертвонародженості та порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених.

У 2007 р. служба продовжила роботу щодо переорієнтації клінічної практики на засади доказової медицини. За період 2003–2007 рр. спеціалістами служби охорони материнства та дитинства розроблено та затверджено відповідними наказами МОЗ України 46 клінічних протоколів з акушерської, гінекологічної і неонатологічної допомоги. Вперше за роки суверенності України клінічні протоколи, як технологічна форма медичних стандартів, базуються на лікувально-діагностичних технологіях з доведеною ефективністю. Їх розробка і впровадження в діяльність служби охорони здоров'я матері і дитини стали можливими завдяки сприянню і фінансовій підтримці програми «Здоров'я матері і дитини». З урахуванням переходу служби на стандарти ВООЗ щодо критеріїв перинатального періоду для здійснення якісної медичної допомоги недоношеним новонародженим з наднизькою масою тіла при народженні, розроблено та затверджено клінічний протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою вагою при народженні, продовжується робота з розробки клінічних протоколів найбільш поширених захворювань жінок та новонароджених.

Активною є і позиція родопомічних закладів щодо впровадження технологій, доброзичливих до дитини. За рекомендаціями ВООЗ, відсоток «лікарень, доброзичливих до дитини», віднесено до детермінант доступу до медичних послуг та їх якості. На виконання Закону України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. №2402–III, Конвенції ООН про права дитини, Глобальної стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо вигодовування немовлят та дітей раннього віку, Європейської стратегії ВООЗ «Здоров'я та розвиток дітей та підлітків» МОЗ України розроблено галузеву програму «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006–2010 рр.», затверджену спільним наказом МОЗ та АМН України від 31.07.2006 р. №529/49 «Про затвердження галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006–2010 рр.», та наказ МОЗ

Україні» від 04.08.2006 р. №540 «Про затвердження принципів організації впровадження заходів з підтримки грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я щодо «Лікарні, доброзичливої до дитини». За даними моніторингу виконання заходів програми «Здоров'я нації», на 01.01.2008 р. в Україні пройшли сертифікацію на статус «Лікарні, доброзичливої до дитини» 103 родопомічні заклади і підрозділи, що становить 15,1% від їх загальної кількості (рис. 2.6.1). При цьому відмічаються 37-разові відмінності частки сертифікованих лікарень та їх структурних підрозділів у розрізі регіонів. Повністю заклади і підрозділи родопомічної служби сертифіковані лише в м. Севастополі, 20,0%–68,3% закладів сертифіковано в Полтавській, Закарпатській, Львівській, Івано-Франківській, Донецькій, Дніпропетровській областях, м. Києві та АР Крим. Водночас не приділено належної уваги забезпеченню виключно грудного вигодовування як одному з найбільш ефективних способів поліпшення стану здоров'я дітей грудного віку в Одеській, Вінницькій, Харківській, Хмельницькій, Чернігівській, Тернопільській, Миколаївській, Житомирській областях, де відсоток сертифікованих на статус «Лікарні, доброзичливої до дитини» закладів (підрозділів) не сягає п'яти. Адже, за даними ВООЗ, якраз ті діти, які могли б отримати найбільшу користь від грудного вигодовування, часто мають найменші шанси на те, щоб отримати грудне молоко.

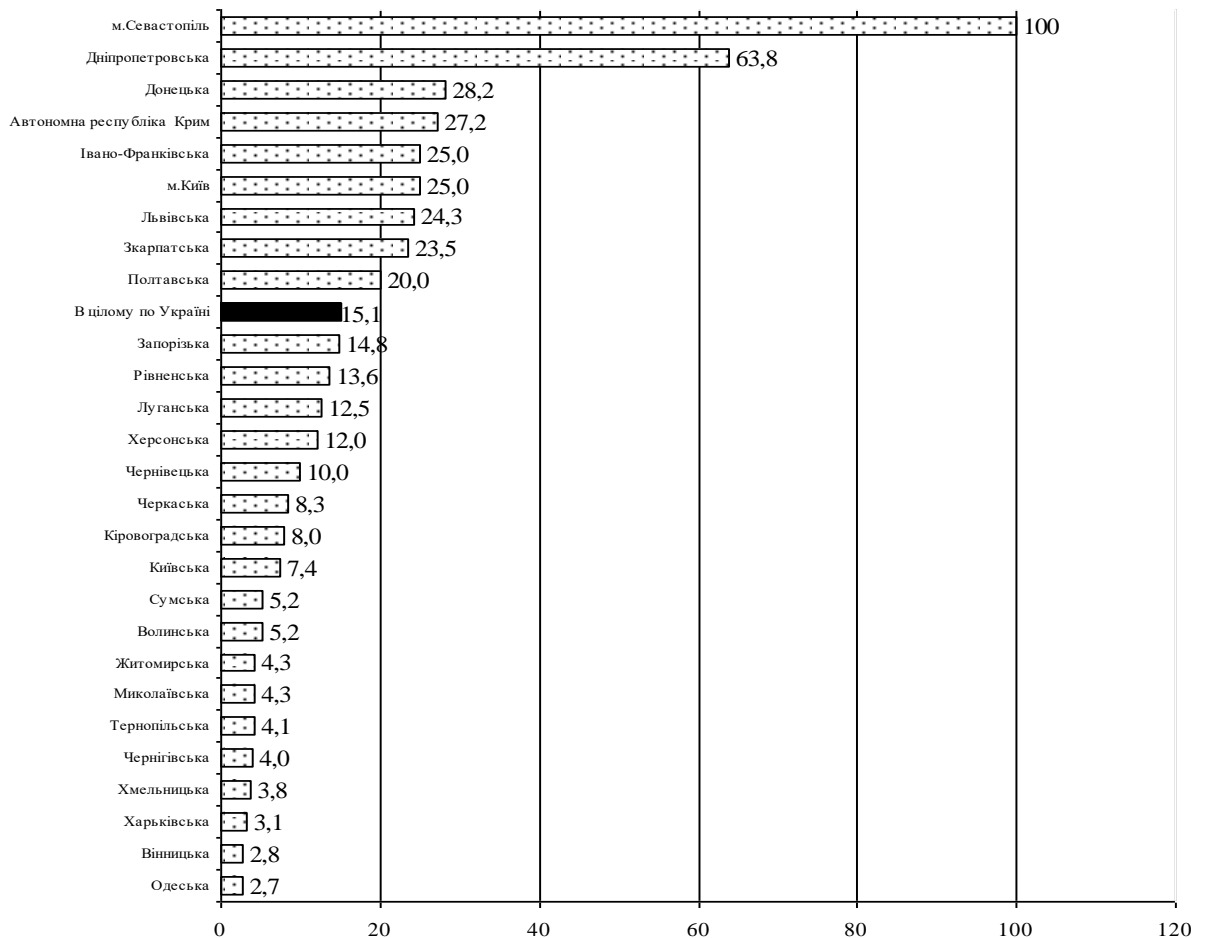


Рис. 2.6.1. Частка «лікарень, доброзичливих до дитини» (%)

В цілому експерти ВООЗ рекомендують 17 показників для оцінки репродуктивного здоров'я на національному і міжнародному рівнях. Водночас різні країни і міжнародні організації пропонують різні рекомендації щодо того, які показники повинні оцінюватися. Кількість показників коливається від 10 у Данії до 43 у Канаді.

Показники репродуктивного здоров'я – це вимірювані характеристики, або параметри, які допомагають описати визначені аспекти стану здоров'я населення. Це – статистичні дані, узяті з великої вибірки, у зв'язку з чим вони дозволяють підсумувати, узагальнити і представити великий обсяг вибірки та слугують непрямим або умовним вимірником визначеної інформації.

Показники репродуктивного здоров'я узагальнюють дані, зібрані з метою відповіді на питання щодо планування і проведення програм, зосереджених на репродуктивному здоров'ї населення. Більшість показників вказують на проблеми, які потребують втручання, а не є інструментами діагностики й аналізу цих проблем. Таким чином, їх слід розглядати як засоби виявлення проблем.

Відповідно до визначення ВООЗ, показники репродуктивного здоров'я мають бути етичними, корисними (маркерами прогресу), науково обґрунтованими (валідними: вимірювати те, що вони повинні вимірювати; специфічними: відображати зміну параметрів, які підлягають вивченню; чутливими: мати здатність виявляти зміни досліджуваних факторів; надійними: дозволяти одержувати практично однакові результати при повторному вимірі в тій самій популяції в той самий час), репрезентативними (робити адекватний висновок щодо ситуації чи групи населення), зрозумілими (легко обумовленими і інтерпретованими), доступними (необхідні дані повинні вже існувати або легко збиратися вже доступними методами, оціненими в польових проектах).

Цілий ряд показників репродуктивного здоров'я використовується сьогодні для оцінки ситуації в Україні: показник фертильності, рівень абортів, співвідношення абортів і пологів, відсоток використання контрацептивів (ОК, ВМС), частоти патології під час вагітності та пологів, показники материнської, перинатальної, дитячої смертності тощо.

Наразі в Україні на тлі несприятливої демографічної ситуації утримується позитивна тенденція народжуваності. Загальний коефіцієнт народжуваності в Україні зріс з 8,1 на 1000 населення в 2002 р. до 9,8 у 2006 р. і 10,2 у 2007 р. До медичних факторів народжуваності належать вік матері до 18 і після 35 років, короткий інтервал між вагітностями, екстрагенітальні захворювання, недостатній фізичний розвиток, а також стан репродуктивного здоров'я. Найбільш репродуктивним населенням є молодь, на долю якої припадає близько 4/5 народжень. Протягом останніх років виражена тенденція підвищення середнього віку матерів при народженні дітей, що вірогідно зумовлено реалізацією раніше відкладених народжень.

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. Цей період включає захист ще не народжених дівчаток

від перинатального відбору за ознаками статі, захист дівчат від сексуального насилля, вагітностей, абортів, ІПСШ, забезпечення можливостей формування і збереження фізичного, психічного здоров'я. Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. цільовими групами визначено дітей до 14 років і підлітків 15–17 років, а очікуваними результатами – зменшення гемолітичної хвороби новонароджених, смертності новонароджених, підліткової вагітності на 20%, збільшення кількості дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шести місяців на 60%.

Переорієнтація перинатальної допомоги на принципи доказової медицини сприяла зменшенню частоти хворих новонароджених. Якщо у 2002 р. на кожні 100 народжених живими в середньому відмічалось 27,1 захворювань, то у 2006 р. – 20,2, у 2007 р. – 18,5.

Поліпшення здоров'я новонароджених протягом останніх років спостерігалось в усіх регіонах. У 2007 р. частота хворих новонароджених перевищувала 20,0 лише у Черкаській, Хмельницькій, Херсонській, Рівненській, Київській і Житомирській областях. Протягом шести років фіксувалося поступове зниження захворюваності новонароджених за всіма класами хвороб і окремими захворюваннями, за винятком захворюваності на синдром респіраторних розладів та уроджені пневмонії, при яких рівень захворюваності стабілізувався на рівні 15,7–15,9 та 4,0–4,1 на 1000 народжених живими відповідно. Суттєво знизилась захворюваність на внутрішньоматкову гіпоксію й асфіксію у пологах (на 50,25%). Значно знизився рівень пологового травматизму, що є керованою причиною захворюваності: частота внутрішньочерепних пологових травм – на 69,4%, інших пологових травм центральної та периферичної нервової системи – на 53,1%. Водночас частота пологових травм у Закарпатській області перевищує середній рівень у 4,5 разу, внутрішньочерепних пологових травм (у Дніпропетровській та Чернівецькій областях) – у 3,0 разу. Захворюваність на внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію в пологах у Тернопільській та Чернігівській областях перевищує середній показник у 7 разів. Слід зазначити, що показники захворюваності новонароджених характеризують не лише якість здоров'я народжених дітей, але й рівень акушерської і неонатологічної допомоги. Залежність рівня захворюваності новонароджених від медико-організаційних факторів підтверджується позитивною кореляцією зв'язку частоти пологової травми новонароджених з частотою акушерських кровотеч і порушень пологової діяльності, тобто попереджуваних акушерських ускладнень.

Проведення заходів щодо поліпшення антенатальної охорони плоду, повне і своєчасне УЗД сприяло значному зниженню народження дітей з вродженими вадами розвитку в цілому по Україні (26,8 на 1000 народжених живими у 2002 р. і 22,3 у 2007 р.), однак у Херсонській, Хмельницькій, Київській, та Чернівецькій областях рівень захворюваності на вроджені вади перевищує 30,0. До керованих причин захворюваності новонароджених належить захворюваність на гемолітичну хворобу, зумовлену ізоімунізацією. Незважаючи на суттєве зниження цієї патології в цілому по Україні з 10,8 у 2002 р. до 6,6 у 2007 р., у Вінницькій, Київській, Кіровоградській, Сумській, Черкаській, Чернігівській областях рівень захворюваності на цю патологію перевищує 10,0.

Все ще високий рівень захворюваності новонароджених зумовлений значною частотою окремих станів, які виникли у перинатальному періоді, – 221,6 на 1000 народжених живими, з них у 51,8 – це внутрішньоматкова гіпоксія і асфіксія в пологах,

50,1 – сповільнений ріст та недостатність харчування плоду і розлади, пов'язані зі скороченою вагітністю та малою масою тіла при народженні.

Слід зазначити про значні розбіжності в реєстрації захворюваності на різні хвороби в регіонах. Це зумовлено, передусім, відсутністю єдиних стандартів діагностики, формулювання клінічного діагнозу та реєстрації захворюваності. Так, захворюваність новонароджених на синдром респіраторних розладів коливається в розрізі регіонів у межах 7,5–36,3 на 1000 народжених живими, на вроджені пневмонії – 0,2–14,0, на внутрішньошлуночкові і субарахноїдальні крововиливи – 0,1–10,34. Все це значною мірою ускладнює аналіз та виділення пріоритетних напрямків розвитку системи надання допомоги новонародженим.

В цілому позитивна динаміка стану здоров'я новонароджених зумовлена впровадженням сучасних ефективних технологій у перинатології, зокрема родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, ведення партограми, дотримання теплового ланцюжка, раннього прикладання новонароджених до грудей матері з виключно грудним вигодовуванням, методики первинної реанімації новонароджених тощо. В контексті репродуктивного здоров'я стан здоров'я нових народжуваних поколінь закладає репродуктивне здоров'я нації в майбутньому.

Вагоме значення для формування репродуктивного потенціалу майбутніх жінок має стан здоров'я дітей підліткового віку та молоді. В підлітковому періоді відбувається біологічний розвиток, починаючи з пубертатного періоду і до повної репродуктивної зрілості, а також психологічний розвиток від пізнавальних та емоційних типів дитячого віку до таких дорослої людини і перехід від дитячого стану повної соціально-економічної залежності до будь-якого виду відносної незалежності.

Тому репродуктивне здоров'я дітей підліткового віку заслуговує на особливу увагу і спонукає до розгляду таких важливих медико-соціальних проблем, як стан здоров'я, ризик вагітності та ПСШ, а також ряду соціальних, економічних та виховних аспектів, які виникають при ранніх статевих стосунках. Охорона здоров'я дівчаток і дівчат належить до першочергових завдань сучасної медицини. Адже гармонійний розвиток організму дівчинки у дитячому та підлітковому віці багато в чому визначає наступне життя її як жінки у медичному і соціальному аспектах.

До того часу, коли дівчинка вступає в репродуктивний період, вона вже має низку захворювань. Аналіз стану соматичного здоров'я підлітків свідчить про негативну його тенденцію. Якщо до 1999 р. показник захворюваності серед юнаків-підлітків був вищим порівняно з її значеннями серед дівчат-підлітків, то з 1999 р. навпаки – 8277,3 та 8135,0 на 10 тис. відповідного віку та статі.

Збільшення рівня загальної захворюваності дівчат-підлітків за останні роки відбулося за рахунок зростання хвороб, які, за даними вітчизняних авторів, суттєво впливають на репродуктивну функцію жінки. Погіршення стану здоров'я підлітків, у т.ч. репродуктивного, зумовлено цілим рядом факторів, зокрема сучасною системою освіти. За даними ретроспективних наукових досліджень, у «першородок» з великим освітнім навантаженням в шкільні роки патологічні зміни під час вагітності та пологів зустрічались у 2,7–10 разів частіше, ніж серед загальної популяції «першородок».

Ймовірно, суттєвий вплив на частоту розвитку цих хвороб має більш раннє формування генеративної функції, настання статевої зрілості і зумовлений цим початок статевих стосунків.

Суттєвий вплив на стан репродуктивного здоров'я майбутньої жінки мають аборти неповнолітніх. До 1996 р. частота абортів у дівчат становила 0,17 на 1 тис. дівчаток до 14 років, а з 1997 р. відмічається тенденція до зниження цього показника: 0,14 – у 1997 р., 0,10 – у 2002 р., 0,07 – у 2007 р.

Тривожною залишається ситуація щодо вагітності та її наслідків у підлітків. Майже кожна третя дівчина у віці 15–18 років, яка живе статевим життям, вагітніє. У переважній більшості дівчат така вагітність завершується абортom (рис. 2.6.2).

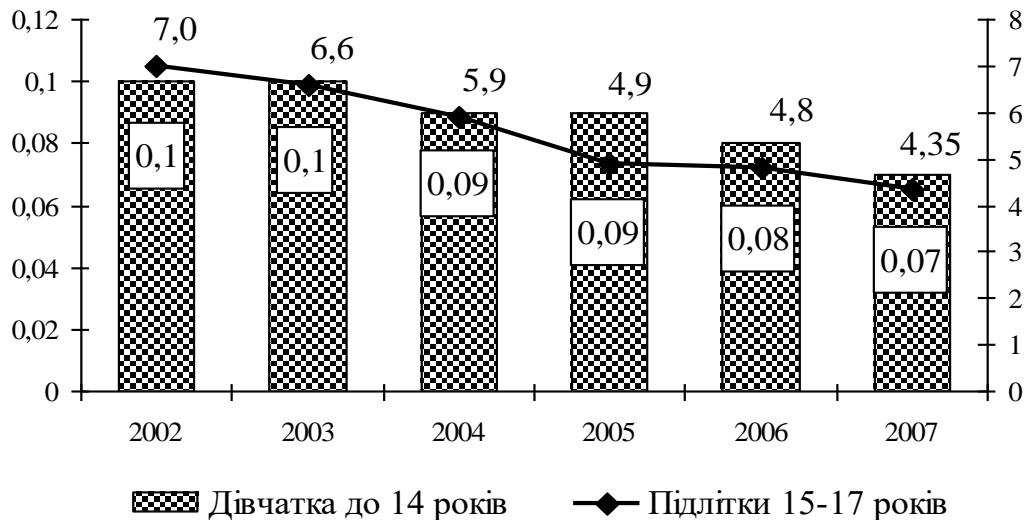


Рис. 2.6.2. Динаміка абортів у дівчаток віком до 14 років та дівчат 15–17 років в Україні у 2002–2007 рр. (на 1000 населення відповідного віку та статі)

Зниження рівня абортів серед дівчат підліткового віку відбувалося більш інтенсивними темпами. Лише за останні п'ять років цей показник зменшився в 1,6 разу.

Активна робота служби дитячої і підліткової гінекології з питань інформації щодо попередження небажаної вагітності серед підлітків зумовила зміну співвідношення абортів у вперше та повторно вагітних дівчат з 1:1 на початку 90-х років до 9:1 протягом останніх років.

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

Кількість абортів у суспільстві залежить від цілого ряду факторів, таких як рівень урбанізації населення, грамотність, освітній рівень, соціально-економічне становище жінок, репродуктивні тенденції, релігія, культура, доступ до засобів планування сім'ї, законодавство. Штучні аборти були дуже частими у колишньому Радянському Союзі і розглядалися як основний метод контролю народжуваності.

Виконання заходів Національних програм «Планування сім'ї», «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. сприяли суттєвому зниженню кількості абортів в Україні – з 35,8 на 1000 жінок фертильного віку у 2002 р. до 17,2 у 2007 р. Загальна кількість абортів за цей період зменшилась на 112,9 тис. (рис. 2.6.3).

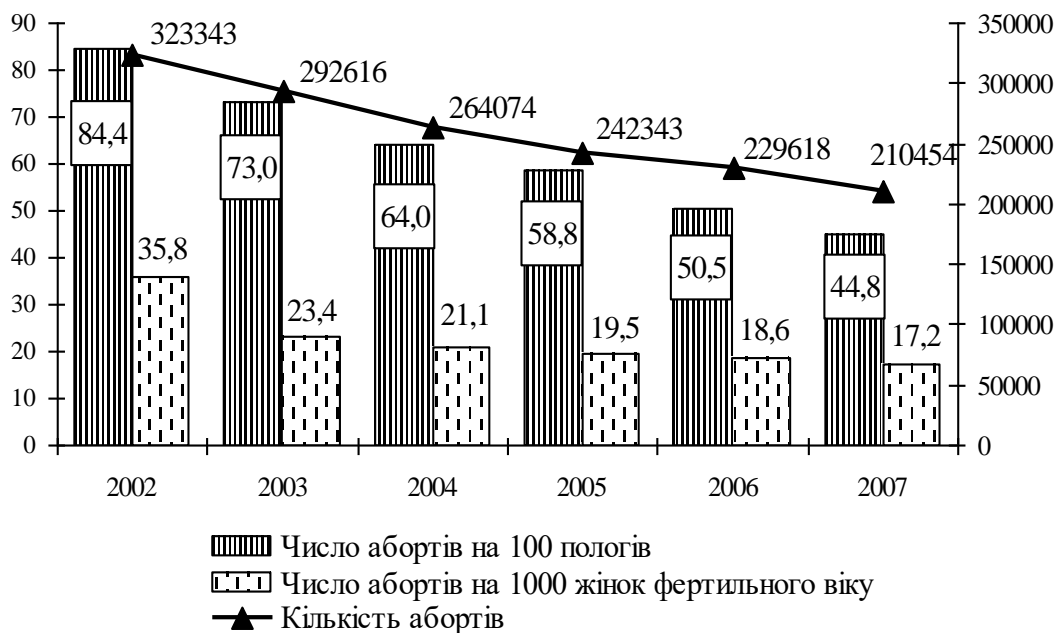


Рис. 2.6.3. Динаміка частоти абортів в Україні у 2002–2007 рр.

За останні роки найвищий рівень абортів відмічається у віковій групі 18–34 роки (28,45 на 1000 жінок відповідного віку). Зниження частоти абортів досягнуто в усіх регіонах України, однак на відносно низьких рівнях при позитивній динаміці цей показник утримується лише в Івано-Франківській, Сумській, Тернопільській, Харківській областях. Позитивна динаміка частоти абортів зумовлена зменшенням усіх видів абортів, але переважно штучних легальних і мініабортів.

Однак, незважаючи на позитивну динаміку частоти абортів фертильного віку, цей показник у 2–6 разів вищий, ніж у Канаді, Нідерландах, Німеччині, Іспанії.

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

Протягом останніх років в Україні все ширше застосовуються найбільш ефективні та надійні методи оральної контрацепції (34,3 на 1000 жінок фертильного віку – у 1996 р., 108,3 – у 2002 р. і 166,27 у 2007 р.) (рис. 2.6.4). При цьому оптимальне охоплення жінок

фертильного віку оральними методами контрацепції (понад 200,0 на 1000 жінок фертильного віку) досягнуто у Донецькій, Запорізькій, Сумській, Харківській, Чернівецькій областях та м. Києві.

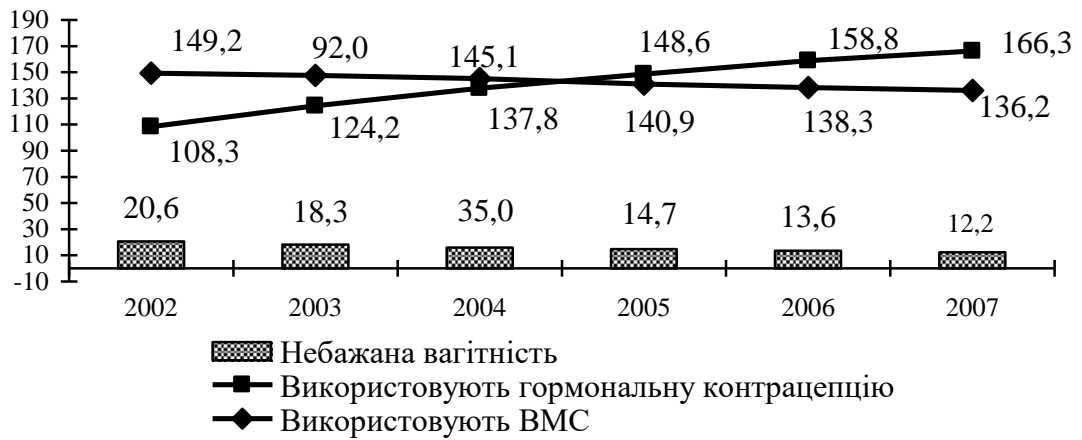


Рис. 2.6.4. Динаміка небажаної вагітності та її профілактики в Україні у 2002–2007 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

Виконання заходів Національних програм «Планування сім'ї», «Репродуктивне здоров'я 2001–2005», Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2005 р. зумовило зниження рівня небажаної вагітності з 45,3 на 1000 жінок фертильного віку у 1996 р. до 20,6 у 2002 р. і 12,2 у 2007 р. Найбільш ефективні результати стосовно профілактики небажаної вагітності (нижче 9,0) досягнуто у Закарпатській, Львівській, Рівненській, Сумській, Тернопільській та Черкаській областях.

Актуальність проблеми небажаної вагітності зумовлена і тим, що небажана вагітність становить підвищений ризик для здоров'я дітей. Крім того, наявні і соціальні проблеми народжених небажаних дітей, які поповнюють контингент дітей-сиріт, безпритульних.

Суттєвий вплив на репродуктивне здоров'я нації в частині зменшення патологічних наслідків вагітності та перинатальної патології має своєчасне охоплення вагітних диспансерним наглядом. За останні роки відбувається поступове збільшення раннього взяття на облік (до 12 тижнів) вагітних і у 2007 р. раннім диспансерним наглядом охоплено 89,6% вагітних. Достатнім утримується охоплення вагітних жінок раннім наглядом у Сумській (98,9%), Рівненській (98,0%), Закарпатській (95,4%), Житомирській (95,4%), Івано-Франківській (93,1%), областях, а все ще низьким – у АР Крим (82,3%), м. Севастополі (85,3%), Вінницькій (79,7%), Миколаївській (82,6%), Кіровоградській (82,7%) областях, хоча і має тенденцію до підвищення. Зростання рівня раннього охоплення належним наглядом вагітних можливе за рахунок поліпшення інформованості жінок з питань репродуктивного здоров'я та переорієнтації служби на засади сімейної медицини. Формування відповідних знань з питань впливу своєчасного обстеження та раннього консультування щодо розвитку вагітності на здоров'я майбутньої дитини та жінки слід проводити на всіх рівнях освіти, починаючи зі школи.

Ранній огляд вагітних фахівцями проводиться з метою профілактики захворювань матері і дитини, зокрема забезпечення вагітних лікувально-профілактичною допомогою, надання їм вичерпної інформації щодо безпечної репродуктивної поведінки та сприяння

створенню для вагітних належних соціально-гігієнічних умов. Підвищена увага до спостереження за вагітними з найраніших етапів зумовлена високим рівнем захворювань, які ускладнюють вагітність, пологи і післяпологовий період. Загрозливим ускладненням вагітності, що має значний вплив на стан здоров'я матері і дитини, є гестози. Протягом останніх років намітилась тенденція до їх зниження. Проте високий, 10 і більше на 100 вагітностей (при середньому по Україні 7,5), рівень пізніх токсикозів у поточному році спостерігався у Вінницькій, Дніпропетровській, Запорізькій областях. Високою (28,7%), незважаючи на позитивну динаміку, залишається і частота анемії вагітних – маркера соціального неблагополуччя населення і фактора розвитку гіпоксичних порушень в організмі плоду.

Суттєвим у зниженні перинатальних втрат є своєчасне пренатальне ультразвукове обстеження, яке проводиться до 22 тижнів вагітності для попередження народження дітей з несумісними з життям вродженими вадами розвитку та невідкладної хірургічної допомоги після народження дитини. Охоплення своєчасним ультразвуковим обстеженням можна вважати достатнім (94,5%–94,7% протягом 2002–2007 рр.). Найбільш високі рівні обстеження вагітних утримуються у м. Києві (98,8%), Сумській (97,3%), Луганській (96,9%), Дніпропетровській (96,4%) областях. Протягом останніх років в усіх регіонах утримується достатнє охоплення вагітних обстеженням на сифіліс. Проте обстеження вагітних на СНІД зменшилося з 98,8% у 2004 р. до 95,9% у 2007 р., що в умовах значного зростання рівня поширення цієї хвороби є неприпустимим.

В умовах демографічної кризи, що досі зберігається, важливою є боротьба за збереження кожного закладеного життя, і значну відповідальність за це покладено на амбулаторну ланку надання допомоги вагітним. Рівень невиношування вагітності залишається високим (7,8 – 2002 р. і 6,3 – 2007 р.) і має дуже повільну динаміку (рис. 2.6.5), що впливає на стан здоров'я як жінки, так і дитини.

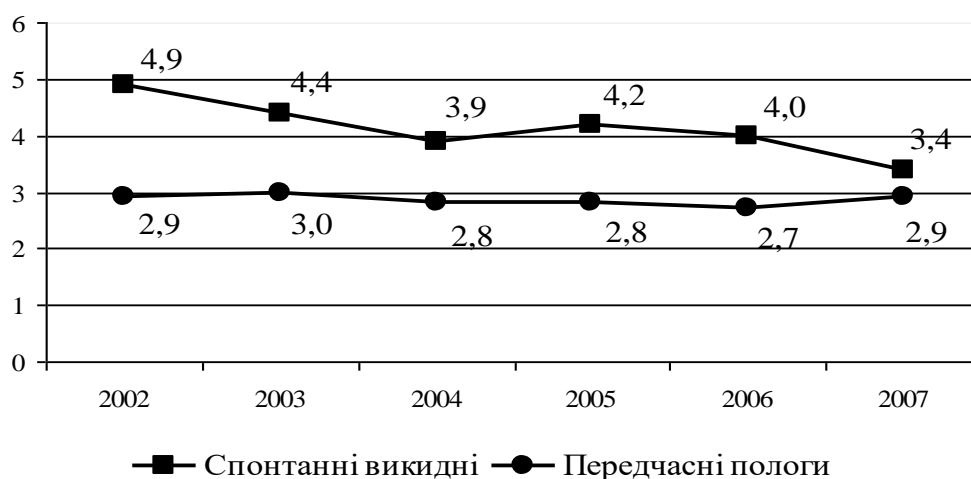


Рис. 2.6.5. Частота передчасних пологів та спонтанних викиднів в Україні у 2002–2007 рр.

На фоні негативної демографічної ситуації, що склалася в Україні, протягом останніх шести років кількість пологів збільшилася на 22,4% і у 2007 р. становила 468923. Впровадження регламентованих наказами МОЗ стандартів акушерської допомоги сприяло зменшенню частоти ускладнених пологів до 44,2% у 2007 р. проти 68,9% у 2002 р.

Найнижчий рівень ускладнених пологів досягнуто у Львівській (30,1%), Волинській (33,8%), Донецькій (46,8%) Житомирській (35,9%) та Чернігівській (35,9%) областях.

За останні роки вдалось значно знизити частоту розвитку ускладнень пологів і післяпологового періоду. Частота кровотеч зменшилась на 22,6%, прееклампсій і еклампсій – на 38,6%, а розривів матки залишається незмінною (0,03). Досягнуто і позитивну динаміку частоти розвитку пологового сепсису і розлітої післяпологової інфекції – зниження у 2,5 разу (з 0,1 до 0,04 на 1000 пологів).

Завдяки цілеспрямованій роботі служби охорони здоров'я матері і дитини щодо реалізації заходів, передбачених нормативно-правовими актами, впровадженню сучасних медико-організаційних технологій у діяльність лікувально-профілактичних закладів, досягнуто стабільно позитивної динаміки основних інтегральних показників, які характеризують не тільки діяльність служби, але й загальний рівень санітарного та соціального-економічного стану країни, – материнської, перинатальної смертності та смертності немовлят.

Якщо на початку 90-х рр. мали місце коливання материнської смертності в межах 32,4–39,7 на 100 тис. народжених живими, то починаючи з 1995 р. її показник набув тенденції до зниження – 34,3 у 1996 р. і 21,7 у 2002 р. Протягом останніх років знову відмічалось коливання цього показника в межах 21,7–13,8. За визначенням комісії експертів МОЗ України, зростання материнських втрат у 2007 р. зумовлено збільшенням їх від невідкладних станів, що потребує вирішення питання підвищення кваліфікації акушерів-гінекологів стосовно ведення породіль і роділь з невідкладними станами. При позитивній в цілому динаміці материнської смертності в Україні, рівень її все ще перевищує цей показник у розвинених країнах. Високим залишається і коефіцієнт співвідношення материнської смертності та народжуваності – 1,7 у 2007 р. (у США – 1,3), (рис. 2.6.6).

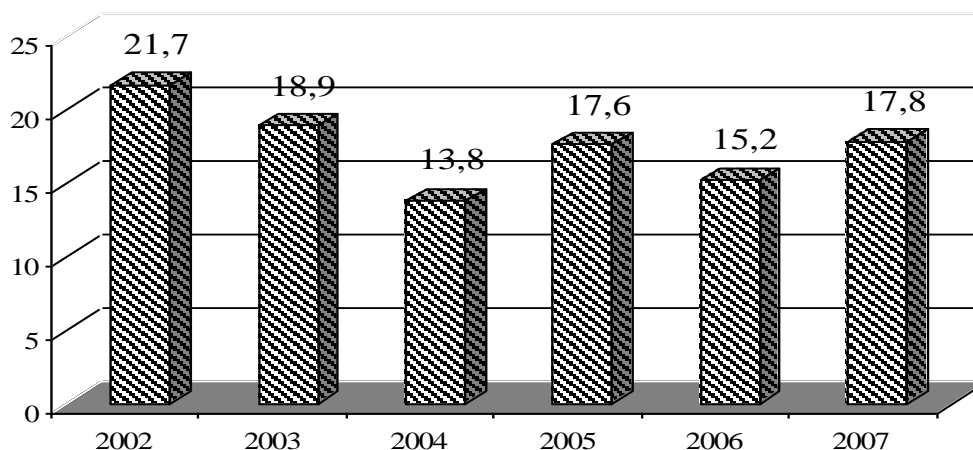


Рис. 2.6.6. Динаміка рівня материнської смертності в Україні у 2002–2007 рр. (на 100 тис. народжених живими)

На тлі загального зниження рівня материнської смертності протягом останніх років значно вищим за середній по Україні утримувався цей показник у Хмельницькій, Херсонській, Сумській, Запорізькій, Донецькій областях. (рис. 2.6.7).

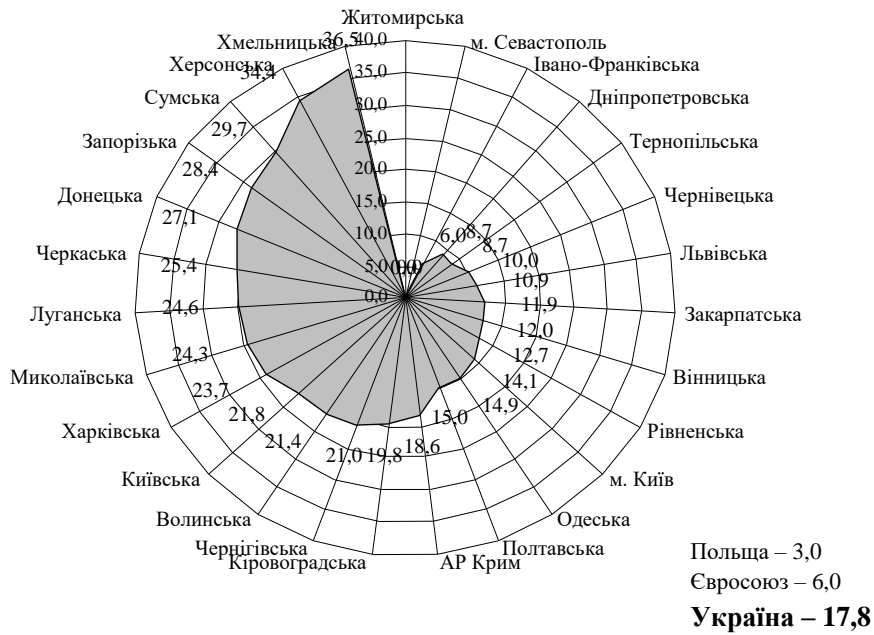


Рис. 2.6.7. Рівень материнської смертності різних адміністративних територій України (на 100 тис. народжених живими)

Не зареєстровано випадків материнської смертності у 2007 р. лише у Житомирській області та м. Севастополі. При загальній позитивній тенденції рівня материнської смертності в Україні цей показник значно перевищує дані країн Євросоюзу (6,0) та Польщі (3,0).

До індикаторів репродуктивного здоров'я населення належать і показники перинатальної та малюкової смертності, які відображають не лише стан загального здоров'я, якість медичної допомоги вагітним і рівень організаційної роботи родопомічних закладів, але й взаємодію цих чинників з економічними, екологічними, санітарно-культурними чинниками (рис. 2.6.8).



Рис. 2.6.8. Динаміка перинатальних втрат та малюкової смертності в Україні у 2002–2007 рр.

В цілому показники плодово-малюкових втрат протягом 2002–2006 рр. суттєво не змінювалися. Рівень перинатальної смертності становив 8,6–9,1 на 1000 народжених живими і мертвими, малюкової – 10,3–9,6. У 2007 р. в Україні запроваджені стандарти ВООЗ щодо визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості, мертвонародженості та порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених. За орієнтовно-розрахунковими даними, перехід на нові критерії перинатального періоду спричинює зростання мертвонароджуваності у 3–4 рази, перинатальної смертності – у 2–2,5 разу, малюкової смертності – на 20–25%. В Україні у 2007 р. порівняно з 2006 р. рівень перинатальної смертності збільшився на 27,5%, мертвонароджуваності – на 31,6%, малюкової смертності – на 12,8%.

Виявлені розбіжності прогнозованого і фактичного зростання плодово-малюкових втрат можна пояснити лише некоректністю даних щодо кількості народжень дітей з наднизькою масою тіла (табл. 2.6.1). Визнано, що існують загальні біологічні закономірності народжуваності живими і мертвими за ваговими категоріями.

Таблиця 2.6.1

Динаміка питомої ваги усіх народжених в Україні (живими і мертвими) за масою тіла при народженні у 2006–2007 рр. (%)

Адміністративна територія	Маса тіла при народженні			
	2006		2007	
	500–999 г	1000–1499 г	500–999 г	1000–1499 г
АР Крим	0,86	0,53	0,33	0,62
Вінницька	0,68	0,34	0,24	0,51
Волинська	0,48	0,37	0,18	0,45
Дніпропетровська	1,12	0,50	0,36	0,67
Донецька	0,98	0,41	0,49	0,59
Житомирська	0,96	0,39	0,18	0,38
Закарпатська	0,98	0,23	0,19	0,44
Запорізька	0,98	0,32	0,39	0,63
Івано-Франківська	0,77	0,36	0,26	0,46
Київська	0,69	0,43	0,28	0,58
Кіровоградська	0,74	0,36	0,18	0,58
Луганська	0,91	0,27	0,42	0,45
Львівська	0,48	0,56	0,42	0,51
Миколаївська	0,75	0,54	0,25	0,64
Одеська	0,83	0,45	0,33	0,60
Полтавська	0,77	0,32	0,21	0,35
Рівненська	0,53	0,23	0,27	0,45
Сумська	0,78	0,27	0,26	0,50
Тернопільська	0,47	0,33	0,37	0,51
Харківська	0,64	0,53	0,44	0,59
Херсонська	0,64	0,39	0,33	0,60
Хмельницька	0,43	0,38	0,15	0,46
Черкаська	0,56	0,17	0,15	0,38
Чернівецька	0,71	0,48	0,31	0,56
Чернігівська	0,72	0,32	0,33	0,40
м. Київ	0,92	0,23	0,33	0,38
м. Севастополь	0,60	0,34	0,12	0,62
Україна	0,78	0,39	0,32	0,52

За даними проведених в Росії досліджень, частота народжених живими і мертвими у 2006 р. з масою тіла при народженні 500–999 г становила 0,96%, а з масою тіла 1000–1499 г – 0,57% від серед загальної кількості народжених. В Україні ці показники до впровадження нових критеріїв перинатального періоду становили 0,78 і 0,39% відповідно, а після впровадження – 0,32 і 0,52%. Звичайно, лише за один рік не могло відбутися такого зменшення частки новонароджених з масою тіла 500–999 г. Зменшення у 2,7 разу частоти народжених живими і мертвими з масою тіла 500–999 г у 2007 р. зареєстровано в усіх регіонах, за винятком Львівської області. При цьому у 3 і більше разу зменшився цей показник у м. Києві, Закарпатській, Запорізькій, Луганській та Черкаській областях. Зазначене свідчить про некоректність даних щодо народжуваності за ваговими категоріями.

Згідно статистичних даних за 2007 р., рівень перинатальної смертності становив 11,1 на 1000 народжених живими і мертвими з незначними коливаннями в розрізі регіонів – від 13,7–12,1 у Донецькій, Кіровоградській, Одеській і Львівській областях до 7,8–10,0 – у Житомирській, Волинській, Київській, Івано-Франківській, Миколаївській, Полтавській областях. Характерно, що в регіонах з рівнем перинатальної смертності менше 10,0 частка новонароджених з масою тіла 500–999 г не сягає 20%.

Рівень перинатальної смертності збільшився за рахунок зростання як мертвонароджуваності (на 31,6%), так і ранньої неонатальної смертності (на 24,5%). При цьому в Закарпатській і Чернівецькій областях зменшився рівень мертвонароджуваності, а у Житомирській, Київській, Кіровоградській, Хмельницькій і Чернівецькій областях – ранньої неонатальної смертності. В цих регіонах доцільно провести перевірку достовірності реєстрації народжуваності та перинатальних втрат.

За даними державної статистики, незважаючи на позитивну тенденцію, рівень малюкової смертності залишається високим (9,97 на 1000 народжених живими у 2006 р. і 11,25 – у 2007 р.). За орієнтовно-розрахунковими даними ВООЗ, рівень смертності дітей першого року життя в Україні становить близько 18,0.

За основними показниками стану і детермінантів здоров'я, за даними «Доповіді про стан охорони здоров'я в Європі 2005 р.», Україна відстає від розвинених країн Європи і за рівнем малюкової смертності посідає 37-ме місце серед 52 країн, смертності новонароджених – 40-ве. Високий рівень цих інтегральних показників здоров'я зумовлений значним тягарем хвороб, спричинених 7 провідними проблемами здоров'я, за якими Україна також відстає від розвинених країн, посідаючи в цілому 40-ве місце, а за рівнем недостатності йоду – останнє, хвороб новонароджених – 39-те, важких вроджених аномалій – 41-ше місце.

Таким чином, незважаючи на значні позитивні зрушення в останнє десятиліття, у сфері репродуктивного здоров'я в Україні надалі залишається істотна кількість прогалин. На жаль, офіційна статистика на національному і регіональному рівнях надає тільки узагальнену інформацію, що не дає змоги оцінити взаємозв'язок між показниками репродуктивного здоров'я і факторами, які визначають ці показники.

Багатофакторна природа процесу зниження репродуктивного потенціалу в Україні визначає різні напрями щодо поліпшення репродуктивного здоров'я нації. Намічені протягом останніх років позитивні тенденції змін репродуктивної поведінки населення

(збільшення народжуваності) і підвищення ефективності процесу відтворення населення (зниження числа «втрат вагітності»), поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь характеризують правильність обраної стратегії охорони репродуктивного здоров'я.

Однак висока захворюваність населення фертильного віку, передусім досить високий рівень частоти анемії вагітних – маркера соціального неблагополуччя населення і фактора розвитку гіпоксичних порушень в організмі плода, диктує необхідність прийняття першочергових заходів щодо профілактики патології гестаційного процесу і насамперед соціальних заходів щодо поліпшення якості життя та оптимізації харчування вагітних жінок. Високий рівень попереджуваної акушерської патології, мертвонароджуваності, перинатальної смертності визначають важливість заходів щодо підвищення якості медичної допомоги як на пренатальному етапі, так і при родорозрішенні.

Як відомо, багато проблем здоров'я, у тому числі і репродуктивного, лежать поза можливостями системи охорони здоров'я. Це – соціально-економічне становище населення, побутові умови життя, зокрема якість харчування, а також ресурсне забезпечення галузі тощо. При цьому першочергова необхідність підвищення репродуктивного потенціалу населення країни потребує комплексного підходу до вирішення усіх цих проблем у найбільш ефективному і раціональному режимі. Надзвичайно важливим моментом є загальнопопуляційний характер заходів щодо підвищення кількісного і якісного репродуктивного потенціалу населення України, що надзвичайно важливо для зниження репродуктивних втрат на рівні країни.

Репродуктивний процес є соціально значущим і обумовленим. Це підтверджується залежністю перинатальних показників і репродуктивних втрат від рівня життя населення, частки населення з грошовим доходом, нижчим за прожитковий мінімум. Репродуктивні показники, з одного боку, зумовлені станом здоров'я населення і рівнем соціально-економічного розвитку громади, з іншого – характеризують популяційне здоров'я, висвітлюючи репродуктивний потенціал нації на перспективу.

2.7. Особливості захворювання населення на інфекції, керовані засобами специфічної імунопрофілактики

Сьогодні інфекційні хвороби – не лише проблема здоров'я населення, але й важлива соціально-економічна проблема, що має наслідки для благополуччя як окремої людини, так і для держави та людства в цілому. Інфекційна захворюваність викликає занепокоєння не лише через поширеність, але й через загрозу здоров'ю нації, її економіці та міжнародному іміджу держави.

Значна увага приділялась профілактиці інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, яка здійснюється в рамках виконання державної Програми імунопрофілактики населення.

Цілеспрямоване виконання Програми імунопрофілактики населення шляхом впровадження в дію передбачуваних програмою завдань стосовно фінансового забезпечення, удосконалення організаційно-методичних заходів, заходів специфічної профілактики та протиепідемічних заходів щодо інфекційних хвороб, керованих засобами імунопрофілактики, сприяло досягненню високих показників охоплення населення

щепленнями згідно з календарем та забезпеченню певного епідеміологічного благополуччя населення завдяки зниженню рівня захворюваності на найпоширеніші інфекційні хвороби, смертності та інвалідності.

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

З 2006 р., відповідно до наказу МОЗ України від 03.02.2006 р. №48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», до календаря профілактичних щеплень включено вакцинацію проти НІВ-інфекції дітей до року. Нині цю вакцинацію включено в усі національні календарі більшості країн Європи. Впровадження вакцинації дасть змогу значно знизити захворюваність на гнійний менінгіт та пневмонію, передусім серед дітей віком до 5 років.

На інфекції, керовані засобами імунопрофілактики, щорічно хворіє 70–180 тис. осіб. Для попередження цих інфекцій охоплюється профілактичними щепленнями 16–18 млн жителів країни. У 2007 р. охоплено профілактичними щепленнями 89% (проти 97% у 2006 р., 96% – у 2005 р., 89% – у 2004 р., 69% – у 2003 р.). Щеплення дали змогу знизити захворюваність на дифтерію, кір, епідемічний паротит, вірусні гепатити А і В; не зафіксовано випадків гострого поліомієліту.

Охоплення вакцинацією дітей до одного року становить: проти дифтерії – 98,3%, кашлюку – 98,0%, поліомієліту – 98,3%, туберкульозу – 97,1%, гепатиту В – 94,2%; дітей до двох років – проти кору, краснухи, паротиту (98,6%). Охоплення профілактичними щепленнями декретованих вікових груп населення у 2002, 2006–2007 рр. наведено у табл. 2.7.1.

У 2007 р. в країні порівняно з аналогічним періодом 2006 р. зафіксовано зниження рівня захворюваності: на кір – на 97,7%, краснуху – 61,5%, вірусний гепатит – 27,9% (вірусний гепатит А – 32,3%, вірусний гепатит В – 19,5%, вірусний гепатит С – 11,7%), епідпаротит – 21,6%, менінгококову інфекцію – 16,1%, кашлюк – 10,6%, туберкульоз органів дихання – 2,9% тощо. Зросла захворюваність на дифтерію (на 19,2%), скарлатину (31,0%), ВІЛ/СНІД (12,7/6,2%).

Найбільшої уваги в групі інфекцій, керованих засобами імунопрофілактики, заслуговує дифтерія, яка у 1991–2000 рр. набула характеру епідемії. Основною причиною виникнення епідемії в Україні був низький рівень охоплення щепленнями дітей. Це призвело до створення значного прошарку незахищених осіб серед дітей та підлітків. Щеплення дорослому населенню практично не проводилось. Все це призвело до значного поширення збудника дифтерії серед різних прошарків населення. З 2000 р. в країні відмічається зниження захворюваності.

Таблиця 2.7.1

Охоплення профілактичними щепленнями декретованих вікових груп населення
у 2002, 2006–2007 рр. (%)

Охоплення профілактичними щепленнями населення		Рік		
		2002	2006	2007
Туберкульоз	вакцинація	97,8	98,5	98,5
	ревакцинація	34,0	91,6	96,3
Дифтерія	вакцинація	98,8	98,2	97,5
	ревакцинація	98,8	96,5	96,8
Кашлюк	вакцинація	98,2	98,7	98,0
	ревакцинація	98,0	98,2	96,8
Поліомієліт	вакцинація	99,0	98,9	98,4
	ревакцинація	99,3	98,6	99,0
Кір	вакцинація	98,9	98,8	95,9
	ревакцинація	98,0	98,5	96,5
Краснуха	вакцинація	71,0	98,8	95,9
	ревакцинація	40,3	98,8	97,1
Епідпаротит	вакцинація	88,8	98,8	95,9
	ревакцинація	35,0	99,0	97,0
Гепатит В	вакцинація	21,7	95,6	71,4

Проте у 2007 р. зареєстровано зростання захворюваності на дифтерію у зв'язку з черговими циклічними епідемічними підйомами. Це свідчить про недостатню епідеміологічну ефективність імунопрофілактики цього захворювання на сучасному етапі.

У 2007 р. виявлено 81 випадок (0,2 на 100 тис. населення) захворювання на дифтерію, що на 19,1% більше, ніж у 2006 р., і на 48,7% менше, ніж у 2003 р. У 2007 р. захворюваність на дифтерію реєструвалася у більшості областей України, крім Волинської, Дніпропетровської, Житомирської, Запорізької, Херсонської, Хмельницької, Чернівецької. У мм. Києві, Севастополі, Київській області рівні захворюваності переважали середній по країні у 5,0, 2,7 і 2,5 рази і становили, відповідно, 1,0, 0,5 і 0,5 на 100 тис. населення.

Також у звітному році порівняно з 2006 р. зросла захворюваність на дифтерію серед дітей до 14 років у 1,5 рази і становила 20 випадків (0,3 на 100 тис. населення). Високі її рівні, що переважали середній показник по країні у 7,0–8,0 рази, реєструвалися у Київській області, м. Києві та Закарпатській області і становили, відповідно, 2,4; 2,2 і 2,1 на 100 тис. населення.

Серед дітей віком 2–4 роки реєструється підвищення захворюваності на дифтерію у 2 рази – з 2 випадків (0,2 на 100 тис. населення) до 5 (0,4). Проте захворюваність на дифтерію зафіксовано тільки у Вінницькій (2,4), Закарпатській (2,2), Київській (2,1) і Донецькій областях (1,0 на 100 тис. населення). В інших областях захворюваність не реєструвалася.

Серед дітей віком 3–6 років захворюваність на дифтерію залишилася на рівні 2006 р. і становила 6 випадків (0,4 на 100 тис. населення). Проте високі її рівні зареєстровано у м. Севастополі (9,1), Київській (8,0), Кіровоградській (2,9 на 100 тис. населення) областях.

Для подальшого зниження захворюваності на дифтерію слід продовжити проведення протиепідемічних, насамперед профілактичних, щеплень, у т.ч. новими

протидифтерійними препаратами, які здатні викликати не тільки антитоксичний, але й антимікробний імунітет. Це дасть змогу істотно вплинути не тільки на рівень захворюваності, але й на рівень носійства токсигенних штамів збудників дифтерії.

Епідемічна ситуація щодо кору в Україні залишається нестабільною. Так, за період 2002–2006 рр. відмічалось 2 епідемічні підйоми кору: перший – у 2001–2002 рр., другий – у 2005–2006 рр. Проте у 2007 р. порівняно з 2006 р. відмічається зниження захворюваності на 97,7%.

З метою удосконалення системи епідеміологічного нагляду за кором та поліпшення якості клінічної і лабораторної діагностики кору в рамках виконання програми ВООЗ з ліквідації кору до 2007 р. та сертифікації України як території, вільної від кору до 2010 р., МОЗ Україні розроблено Національний план з елімінації кору, контролю за краснухою та епідемічним паротитом і попередження синдрому вродженої краснухи в Україні на 2003–2010 рр. На базі Центральної санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України створено лабораторну мережу з діагностики кору, краснухи та епідемічного паротиту у складі Центральної та двох регіональних лабораторій.

Аналіз захворюваності на цю інфекцію показав, що в Україні у 2007 р. порівняно з 2006 р. захворюваність на кір знизилася на 97,7%: з 42724 випадків (90,7 на 100 тис. населення) у 2006 р. до 1005 випадків (2,2) у 2007 р. Проте високі її рівні зареєстровано в Івано-Франківській (24,6), Чернівецькій (22,9), Одеській областях (3,6 на 100 тис. населення) (рис. 2.7.1).

В Україні у звітному році серед дітей до 14 років також спостерігалось зниження рівня захворюваності на кір. У 2007 р. порівняно з 2006 р. захворюваність знизилась на 95,5%: з 133,7 випадку на 100 тис. населення у 2006 р. до 5,7 у 2007 р. Проте високі її рівні зареєстровано у Івано-Франківській (60,1), Чернівецькій (63,2), Тернопільській областях (21,0 випадку на 100 тис. населення). Слід зазначити, що у 2007 р. у Черкаській, Херсонській, Хмельницькій, Запорізькій, Рівненській, Полтавській областях не зафіксовано захворювань на кір серед дітей до 14 років.

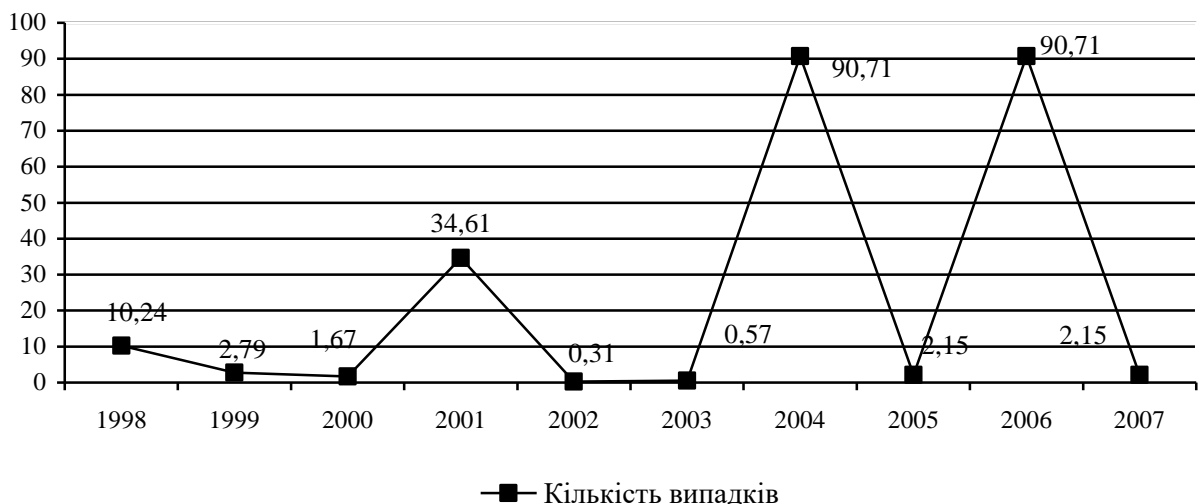


Рис. 2.7.1. Захворюваність населення України на кір у 1998–2007 рр. (на 100 тис. населення)

Епідемічна ситуація в окремих регіонах викликає настороженість щодо можливості повторної хвилі епідемічного підйому кору.

У сучасних умовах слід вважати актуальним для України виконання заходів стосовно елімінації кору. Цього можна досягти за умови достатньої забезпеченості населення вакциною проти зазначеної хвороби.

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

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

За останні роки відмічалось зниження захворюваності на кашлюк, проте у 2006 р. зафіксовано зростання її рівня на 62,0% порівняно з 2005 р. А у 2007 р. порівняно з 2006 р. зареєстровано зниження захворюваності на 10,6% з 5,2 випадку на 100 тис. населення у 2006 р. до 4,7 – у 2007 р. Зниження рівня захворюваності спостерігалось майже у всіх областях країни, крім Донецької, Запорізької та Вінницької, де зафіксовано його зростання у 8,5–2,1 разу. При цьому слід звернути увагу на те, що високі рівні захворюваності у звітному році, які переважали середній показник по країні, зареєстровано в Донецькій (7,9), Харківській (9,1), Івано-Франківській областях (7,1 на 100 тис. населення).

Серед дітей віком до 14 років також спостерігалось зниження рівня захворюваності на кашлюк. У 2007 р. в Україні зареєстровано 2133 випадки (31,4 на 100 тис. населення), що на 10,5% менше, ніж у 2006 р., коли було зафіксовано 2383 випадки (34,1). Слід зазначити, що, незважаючи на зниження рівня захворюваності на цю інфекцію майже на всіх адміністративних територіях, у Донецькій області він зріс на 44,8%, у Запорізькій – на 40,8%, Вінницькій – 12,9%.

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

В Україні у 2007 р. зареєстровано 5822 випадки (12,5 на 100 тис. населення) захворювань на краснуху, що на 61,5% менше, ніж у 2006 р. Незважаючи на зниження захворюваності в цілому по країні, в Івано-Франківській області зафіксовано погіршення епідемічної ситуації у звітному році, де захворюваність зросла у 3,5 разу: з 8,3 випадку на 100 тис. населення у 2006 р. до 28,8 у 2007 р.

Серед дітей до 14 років у 2007 р. порівняно з 2006 р. захворюваність на краснуху знизилась на 48,7%. Зниження її рівня спостерігалось майже на всій території України, за винятком Вінницької області, де він зріс на 14,8%, у Івано-Франківській – у 2,8 разу.

Стабільного зниження захворюваності можна досягнути лише при систематичному проведенні імунізації населення, передбаченої календарем профілактичних щеплень.

В Україні останніми роками відмічається зниження захворюваності на епідемічний паротит. Так, у 2007 р. зареєстровано 2921 випадок (6,3 на 100 тис. населення) епідемічного паротиту, що на 21,6% менше, ніж у 2006 р.

Застосування вакцин призвело до зниження захворюваності в цілому по Україні. Проте нерівномірність забезпечення регіонів вакциною зумовила значне коливання охоплення щепленням дітей на різних адміністративних територіях. Тому високі показники захворюваності відмічались у Закарпатській, Львівській, Кіровоградській областях і перевищували середній показник по Україні у 5,3–2,0 разу.

Серед дітей віком до 14 років у 2007 р. порівняно з 2006 р. в країні відмічається зниження захворюваності на епідемічний паротит на 22,8%. Проте незважаючи на зниження її рівня в цілому по країні, високі показники зафіксовано в Одеській області, де він у звітному році переважав такий у 2006 р. на 7,2%.

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

У звітному році дещо підвищилась захворюваність на правець: з 24 випадків (0,05 на 100 тис. населення) у 2006 р. до 28 (0,06) – у 2007 р. Високі її рівні, які перевищували середній показник по країні більш ніж удвічі, зафіксовано у Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Волинській, Чернігівській областях і м. Києві. Захворюваність на правець серед дітей не реєструється з 2000 року, проте у 2007 р. зафіксовано 1 випадок.

Останніми роками не реєструвались захворювання на епідемічний паралітичний поліомієліт, етіологічним фактором якого є дикий вірус поліомієліту. Втілення в практику плану ліквідації поліомієліту дало змогу ВООЗ у 2002 р. сертифікувати Україну як країну, вільну від поліомієліту. Проте у 2006 р. зафіксовано 1 випадок поліомієліту серед дітей віком до 14 років, а у звітному році не зафіксовано жодного випадку.

Успішно вирішувалось завдання щодо зниження захворюваності на вірусний гепатит В шляхом проведення щеплень новонароджених та груп епідемічного ризику.

Охоплення дітей до 1 року щепленнями проти гепатиту В у 2007 р. становило 71,4%, 95,6% – у 2006 р., 21,7% – у 2002 р.

Захворюваність на вірусний гепатит В у 2007 р. порівняно з 2006 р. знизилась на 19,5% і становила 6,3 випадку на 100 тис. населення (7,8 – у 2006 р.). Серед дітей у 2007 р. її рівень знизився на 42,0%: з 2,0 випадку на 100 тис. дитячого населення у 2006 р. до 1,2 у 2007 р. Завдяки запровадженню щеплення новонароджених дітей проти гепатиту В, у тому числі народжених від матерів-носіїв HBs-Ag, вдалось попередити вроджені захворювання на гепатит В дітей раннього віку та створити імунний захист у підростаючого покоління з метою забезпечення подальшого епідеміологічного благополуччя.

Проте слід зазначити, що дійсна кількість захворювань, на основі застосування серологічних маркерів, у 5–6 разів перевищує дані офіційної статистики, оскільки хворі з безжовтяничними і субклінічними формами інфекції, як правило, залишаються нерозпізнаними; кількість носіїв за експертними оцінками становить понад 1 млн осіб.

На сучасному етапі зростає ризик парентерального зараження за рахунок приватних стоматологічних, косметологічних кабінетів та перукарень. Залишається високим ризик поширення інфекції серед контингентів підвищеного епідризику. Матеріали епідемічних розслідувань свідчать, що хворі на гепатит В могли інфікуватись у перукарнях, косметичних кабінетах, до 3–5% – внаслідок різних маніпуляцій в лікувально-профілактичних закладах, у т.ч. і в установах підприємницької діяльності медичного профілю.

Зниження останнім часом загального рівня захворюваності на гепатит В стало можливим завдяки забезпеченню ефективних протиепідемічних заходів (дезінфекції і стерилізації) в лікувально-профілактичних закладах, охопленню держсанепіднаглядом мережі приватних медичних закладів, в яких існує ризик зараження вірусом гепатиту В, планової вакцинації проти гепатиту В новонароджених та певних категорій медичних працівників, робота яких пов'язана з кров'ю та її препаратами.

Проте епідемічна ситуація з вірусного гепатиту В на сучасному етапі викликає певне занепокоєння, передусім через високий ризик внутрішньолікарняного зараження, можливість статевого та побутового механізмів інфікування.

Стратегічними завданнями в профілактиці вірусного гепатиту В залишаються: організація централізованих стерилізаційних відділень у лікувально-профілактичних закладах, забезпечення останніх сучасними ефективними дезінфекційними і стерилізаційними засобами, обладнанням та подальше впровадження планових профілактичних щеплень декретованих контингентів проти гепатиту В. Дані щодо захворюваності населення України у 2002–2007 рр. на вірусний гепатит В наведено на рис. 2.7.2.

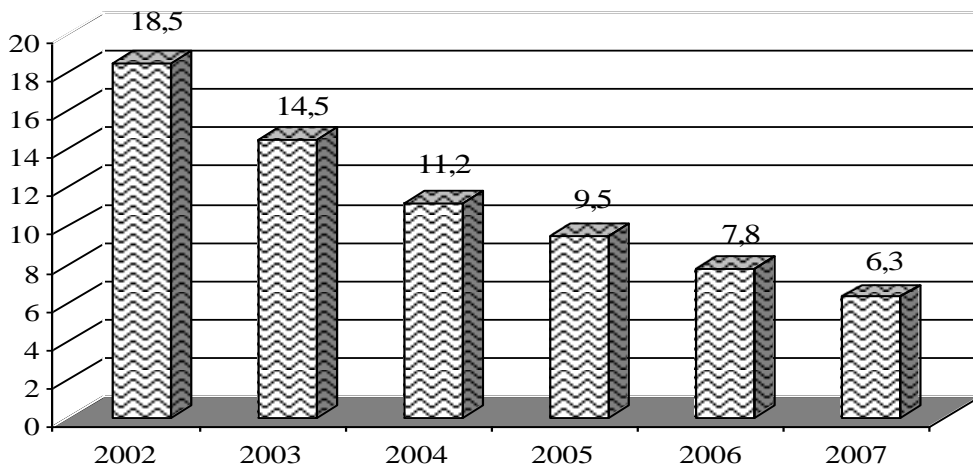


Рис. 2.7.2. Захворюваності населення України на вірусний гепатит В у 2002–2007 рр. (на 100 тис. населення)

У 2006 р., згідно з постановою головного державного санітарного лікаря України від 30.05.2006 р. №25 «Про незадовільну організацію імунопрофілактики вірусного гепатиту В серед медичних працівників», розпочато суцільну вакцинацію проти гепатиту В медичних працівників та контингентів, до них прирівняних (студентів та викладачів медичних закладів). У 2006 р. щеплено близько 200 тис. медичних працівників, що

становить 75,0% підлеглого контингенту. Моніторинг щодо охоплення щепленнями медпрацівників продовжується і у звітному році до повного охоплення медпрацівників щепленнями проти гепатиту В.

Оцінюючи заходи щодо проведення профілактичних щеплень в Україні останніми роками, слід зазначити, що через недостачу коштів на низькому рівні здійснюються щеплення проти епідемічного паротиту, краснухи, гепатитів, менінгококової інфекції, гемофільної інфекції.

Успіху у боротьбі з керованими інфекційними хворобами можна досягти шляхом інтенсифікації специфічної імунопрофілактики та її удосконалення. З метою посилення контролю, координації та удосконалення системи нагляду за інфекціями, керованими засобами специфічної профілактики, та забезпечення населення імунобіологічними препаратами в Україні здійснено такі заходи: оптимізовано та впроваджено на всій території держави систему медичної інформації з імунопрофілактики «Укрвак»; впроваджено систему централізованих державних закупівель імунобіологічних препаратів; створено Міжвідомчу координаційну раду з питань імунізації при МОЗ України; здійснюється моніторинг за поствакцинальними ускладненнями в усіх ланках виконання профілактичних щеплень; контроль за дотриманням умов «холодового ланцюга» під час зберігання вакцин, особливо в сільській місцевості, та контроль стану захворюваності на інфекції, керовані засобами імунопрофілактики, виконання обсягів щеплень, забезпеченості вакцинами тощо.

Застосування профілактичних заходів дало змогу утримувати стабільну санітарно-епідемічну ситуацію. Завдяки вирішенню заходів імунопрофілактики на програмній основі у 2007 р. вдалося знизити захворюваність на ряд інфекцій, керованих засобами імунопрофілактики. Закупівлю вакцин переведено за Державний бюджет. Впроваджено новий Національний календар профілактичних щеплень.

2.8. Динаміка розвитку соціально небезпечних хвороб

В Україні в рамках аналізу захворюваності населення на соціально небезпечні хвороби розглядається проблема туберкульозу, ВІЛ/СНІДу і хвороб, що передаються статевим шляхом.

Сьогодні проблемою охорони здоров'я залишається захворюваність на туберкульоз, подолання якої повинно вирішуватися в сукупності заходів імунопрофілактики, своєчасного виявлення, диспансерного обліку та ефективного лікування хворих, а також заходів соціально-матеріальної спрямованості, через забезпечення належних умов фінансування цілеспрямованих програм щодо боротьби з туберкульозом серед населення.

Щороку на туберкульоз хворіють понад 40 тис. українців, помирають від цієї недуги більш як 10 тис. За офіційними даними, загальна кількість хворих на туберкульоз в Україні становить 1,4% чисельності населення України, що за абсолютним показником становить майже 700 тис. осіб. Туберкульоз став реальною загрозою національній безпеці України. Аналіз причин смертності від туберкульозу показав, що майже 14% хворих помирають на першому році виявлення хвороби. Це свідчить про значну занедбаність

туберкульозного процесу. Серед померлих понад 80% становлять особи без постійного місця проживання, безробітні, звільнені з установ пенітенціарної системи. Із загальної кількості померлих 57% становлять хворі з хронічними формами туберкульозу, у яких через неповноцінне лікування розвинувся хронічний і хіміорезистентний (стійкий до терапії) туберкульоз.

Дані щодо захворюваності і смертності населення України від туберкульозу наведено на рис. 2.8.1.

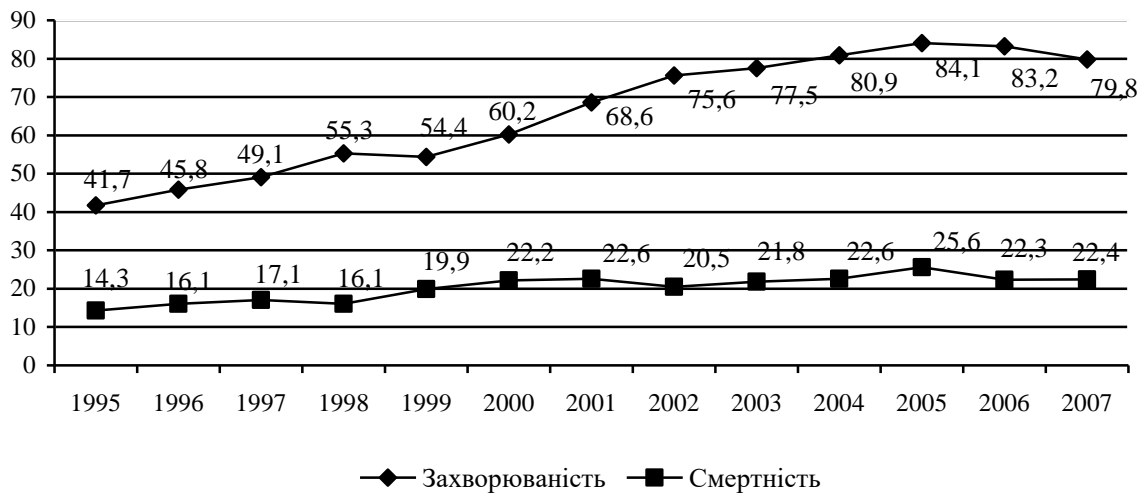


Рис. 2.8.1. Захворюваність і смертність населення України від туберкульозу (на 100 тис. населення)

Ситуація з туберкульозом не обмежується лише медичними проблемами. До чинників, які спричиняють розвиток епідемії, належать погіршення умов життя людей, зростання рівня безробіття, збільшення кількості осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, недостатність фінансування протитуберкульозних закладів. Зростає кількість осіб без постійного місця проживання, спосіб життя яких неконтрольований з боку суспільства і створює загрозу масштабнішого поширення туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в Україні.

Однією з основних причин є значна кількість хворих, які належать до соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Понад 60% хворих на туберкульоз в Україні належать до цієї категорії.

Друга причина – стрімкий розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу, а отже, і збільшення кількості хворих із поєднаними захворюваннями туберкульозу і СНІДу (ВІЛ-асоційований туберкульоз). У структурі хворих на СНІД та померлих від нього близько 50% становить супутній туберкульоз, а частка ВІЛ-інфікованих серед хворих на туберкульоз у деяких регіонах сягає 10–12%. Значною проблемою залишається вживання зазначеним контингентом хворих ін'єкційних наркотиків, які є основною причиною смерті хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.

Враховуючи стійку тенденцію до збільшення кількості захворілих, ситуація виходить за межі суто медичної проблеми і потребує все більшої уваги Уряду щодо поліпшення соціальних потреб населення та медичного забезпечення цих хворих. Захворюваність на активний туберкульоз у 2007 р. наведено на рис. 2.8.2.

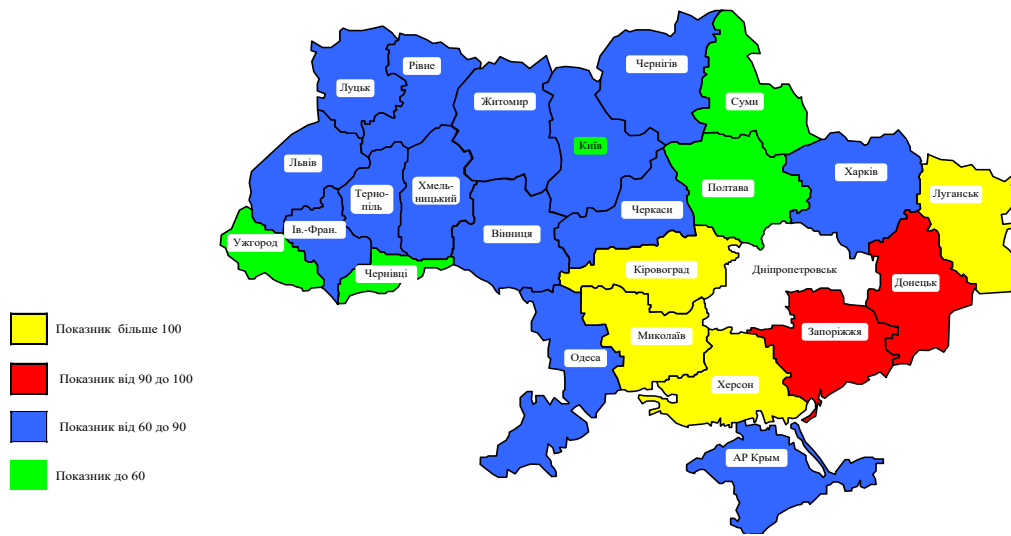


Рис. 2.8.2. Захворюваність населення України на активний туберкульоз у 2007 р. (на 100 тис. населення)

За даними офіційної статистики МОЗ України, захворюваність на туберкульоз органів дихання у 2007 р. залишилася майже на рівні 2006 р. і становила 33633 випадки (71,9 на 100 тис. населення), що на 3% менше, ніж у 2006 р. (73,6), а порівняно з 2002 р. збільшилася в 1,1 разу. Захворюваність на туберкульоз органів дихання у 2002–2007 рр. (на 100 тис. населення) наведена на рис. 2.8.3.

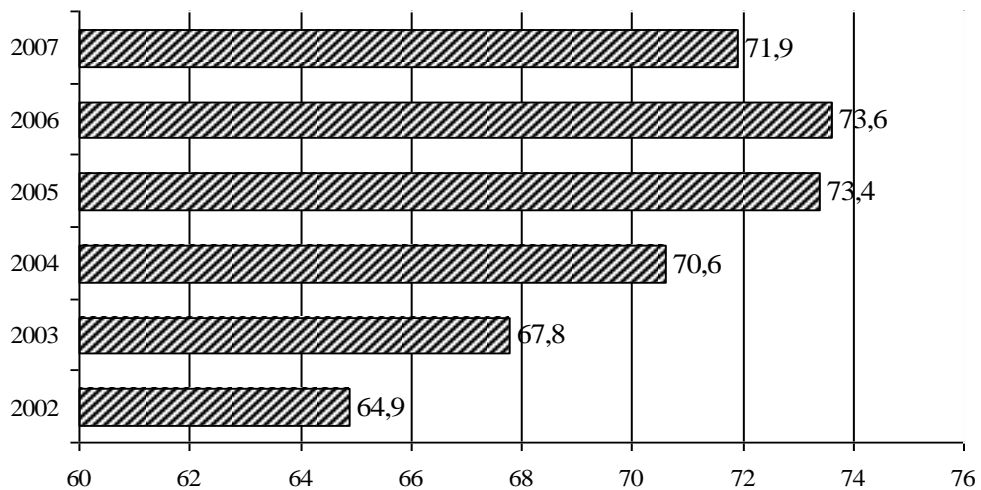


Рис. 2.8.3. Захворюваність населення України на туберкульоз органів дихання у 2002–2007 рр. (на 100 тис. населення)

Зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання зафіксовано у більшості регіонів країни. Проте високі її показники реєструються в Херсонській, Дніпропетровській, Луганській областях, що переважали середній показник по країні у 1,9–1,2 разу.

Серед дітей віком до 14 років у 2007 р. порівняно з 2006 р. також реєструється незначне зниження захворюваності на туберкульоз органів дихання. У 2007 р. зафіксовано 485 випадків (7,2 на 100 тис. населення), що на 3,4% менше, ніж у 2006 р. Незважаючи на зниження рівня захворюваності, високі показники, які переважали середній показник по країні у 2,5–1,7 разу, зареєстровано в АР Крим, Київській, Херсонській, Луганській областях. Захворюваність на туберкульоз дітей у 1995–2007 рр. представлено на рис. 2.8.4.

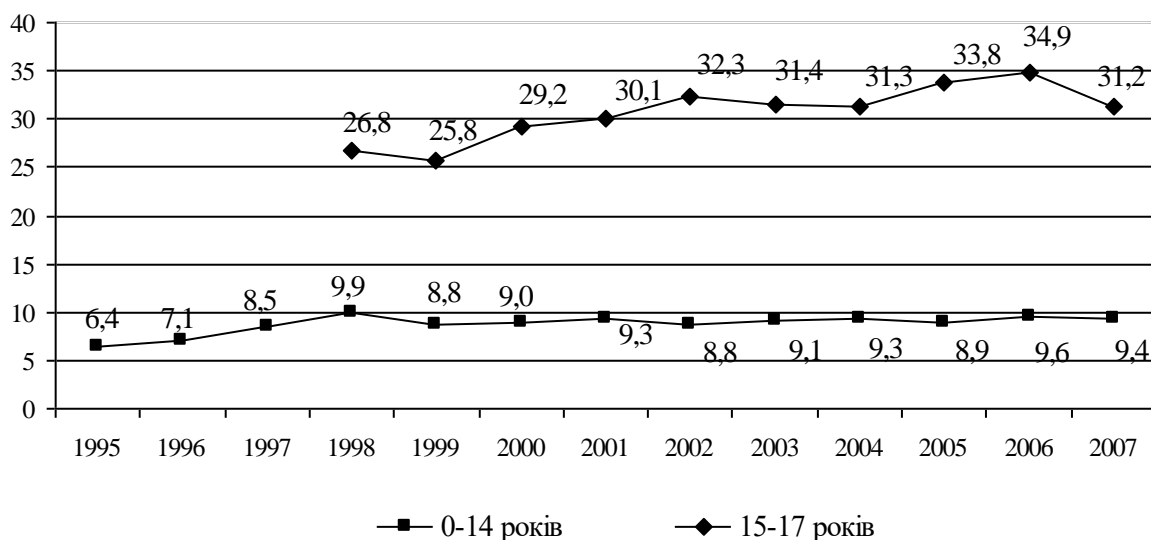


Рис. 2.8.4. Захворюваність на туберкульоз дітей у 1995–2007 рр. (на 100 тис. населення)

Смертність від туберкульозу в Україні є найбільшою (80%) в структурі смертності від усієї інфекційної патології. У 2007 р. смертність від усіх форм туберкульозу порівняно з 2006 р. знизилася на 16,2%. Найбільше у 2007 р., як і в минулі роки, померло людей у Донецькій (30,5 на 100 тис. нас.), Луганській (29,8), Херсонській (27,2) областях.

Незадовільною залишається епідемічна ситуація щодо туберкульозу в ізоляторах тимчасового утримання МВС України, де показники захворюваності на туберкульоз у декілька разів перевищують середні по країні.

Проблемним питанням останніми роками є недостатнє фінансування заходів профілактики туберкульозу в регіонах, у зв'язку з чим повільними темпами поліпшується матеріально-технічний, а відповідно, і санітарно-гігієнічний стан протитуберкульозних закладів, відсутня можливість придбання, заміни, модернізації необхідної апаратури, обладнання, деззасобів, поліпшення харчування хворих тощо. Більшість протитуберкульозних закладів не відповідають санітарним вимогам. У типових приміщеннях розміщено лише 84 із 469 закладів (17,9%), інші – в будівлях і приміщеннях, які не відповідають санітарним нормам і правилам, а також ДБН – В.2.2.– 2000 «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я».

Основними напрямками стабілізації епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні є організація поліпшення мікробіологічної діагностики, посилення контролю за лікуванням хворих на всіх етапах лікування, впровадження у практику результатів науково-дослідної роботи, а також організація виробництва вітчизняних вакцин.

Епідемія ВІЛ/СНІДу впродовж останніх років стала проблемою для всього людства. Розпочавшись із поодиноких випадків, вона охопила всі країни, суттєво впливаючи на їхній економічний розвиток. За своєю негативною дією на соціальні, економічні та демографічні аспекти розвитку суспільства епідемія не має собі рівних. Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ/СНІДу спричинює скорочення тривалості життя, зростання обсягів медичних послуг, загострення проблем бідності, соціальної нерівності, сирітства.

Україна посідає одне з провідних місць у Східноєвропейському регіоні за темпами поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. Незважаючи на певні зусилля органів державної влади, місцевого самоврядування, неурядових організацій і суспільства загалом, ситуація щодо поширення цієї хвороби в країні залишається тривожною та складною.

За останніми оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), показник поширеності ВІЛ значно коливається в різних країнах. Найбільшу загрозу хвороба представляє для країн Південної Африки, Південної Америки, Південно-Східної Азії. В регіонах Східної Європи та Центральної Азії темпи розвитку епідемії також продовжують зростати, число інфікованих досягло 1,5 млн осіб: у Російській Федерації, Україні, країнах Балтії, Білорусі та Казахстані показники поширеності ВІЛ перевищили 1% населення у віці 15–49 років, що, з погляду епідеміології, дає змогу характеризувати ситуацію в цих країнах як концентровану стадію епідемії. В глобальному масштабі ВІЛ/СНІД посів четверте місце серед причин смертності, насамперед серед осіб молодого віку.

Доведено, що існує три шляхи зараження ВІЛ: під час статевих стосунків, через кров та від матері до дитини.

Інфікування через кров відбувається при парентеральних втручаннях, насамперед ін'єкційному вживанні наркотичних речовин, інвазивних медичних маніпуляціях, переливанні інфікованої крові. При ін'єкційному вживанні наркотичних речовин частка шляху передачі ВІЛ залишається високою (40%). Захистити себе від інфікування збудниками гемотрансфузійних інфекцій споживач наркотиків може, використовуючи щоразу стерильний шприц та дезінфектанти, або повністю відмовившись від ін'єкційного шляху введення наркотику.

ВІЛ передається від матері до дитини під час вагітності, пологів та при вигодовуванні дитини груддю. Підраховано, що вірус передається таким шляхом у 30–45% випадків.

Статевий є найбільш поширеним у світі шляхом інфікування ВІЛ. Спостерігається поступове збільшення частки випадків сексуального шляху передачі ВІЛ – майже до 40%, що свідчить про вихід інфекції у широкі верстви населення.

Отже, особливістю епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні є той факт, що її рушійною силою все ще залишаються споживачі ін'єкційних наркотиків, а відтак найбільш адекватним пріоритетом у боротьбі з ВІЛ/СНІДом сьогодні є проблема небезпечного споживання ін'єкційних наркотиків. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Україні наведено на рис. 2.8.5.

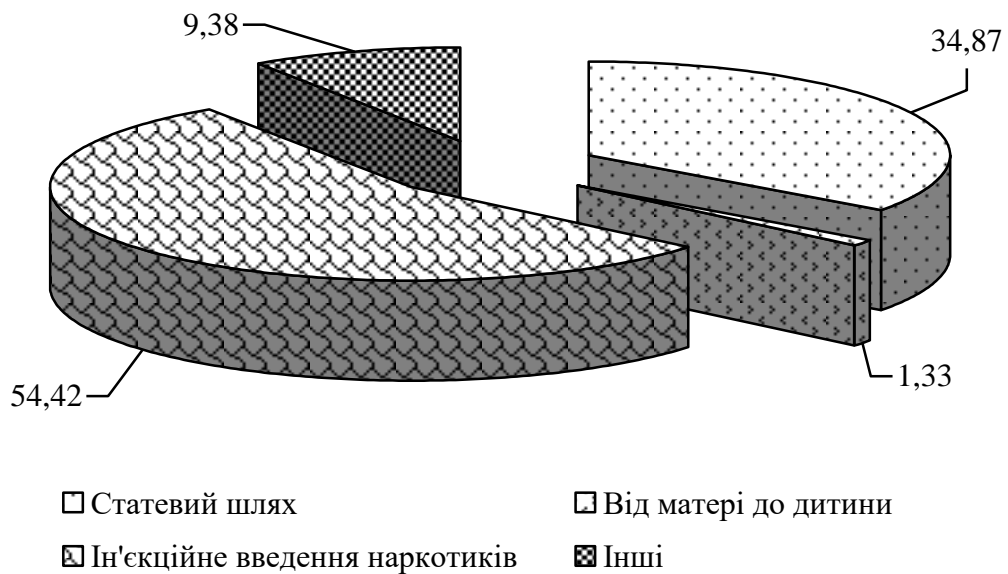


Рис. 2.8.5. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Україні (%)

З часу виявлення першого випадку ВІЛ у 1987 р. і до 2007 р. в Україні офіційно зареєстровано понад 122 тис. випадків серед громадян України, у тому числі майже 22,5 тис. випадків захворювання на СНІД та 12,5 тис. випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Кількість хворих на СНІД збільшувалася до 2006 р. включно. Водночас внаслідок впровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії в Україні у 2007 р. уперше зареєстровано зниження рівня захворюваності на СНІД.

В Україні у 2007 р. зареєстровано 4573 випадки (9,8 на 100 тис. населення) захворюваності на СНІД, що на 3% менше, ніж у 2006 р., і на 147,5% більше, ніж у 2002 р. Високі рівні захворюваності на СНІД зафіксовано у Миколаївській – 26,7, Донецькій – 26,5, Дніпропетровській – 21,0 областях і м. Севастополі – 20,6 на 100 тис. населення. Проте слід зазначити, що в цілому, незважаючи на зниження рівня захворюваності на СНІД в країні, зареєстровано його зростання у Рівненській області – на 86,7%, у м. Києві – 75,0%, у Луганській – 73,7%, у Київській областях – 55,0%.

Також незначне зниження захворюваності на СНІД зафіксовано серед дітей до 14 років. У звітному році її рівень становив 115 випадків (1,7 на 100 тис. населення), що на 2,8% менше, ніж у 2006 р., коли було зареєстровано 123 випадки (1,8). Серед дітей до 14 років у АР Крим, Вінницькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Рівненській, Тернопільській, м. Севастополі не виявлено жодного випадку захворюваності на СНІД.

В Україні з кожним роком збільшується кількість зареєстрованих випадків ВІЛ. Протягом 2007 р. в країні зафіксовано понад 17,6 тис. нових випадків ВІЛ, що становить 38,0 на 100 тис. населення. Незважаючи на реалізацію комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ, темпи приросту ще залишаються досить високими. Кількість нових випадків ВІЛ у 2006 р. порівняно з 2005 р. зросла на 16,8%, а в 2007 р. порівняно з попереднім роком рівень приросту становив 9,9% (рис. 2.8.6).

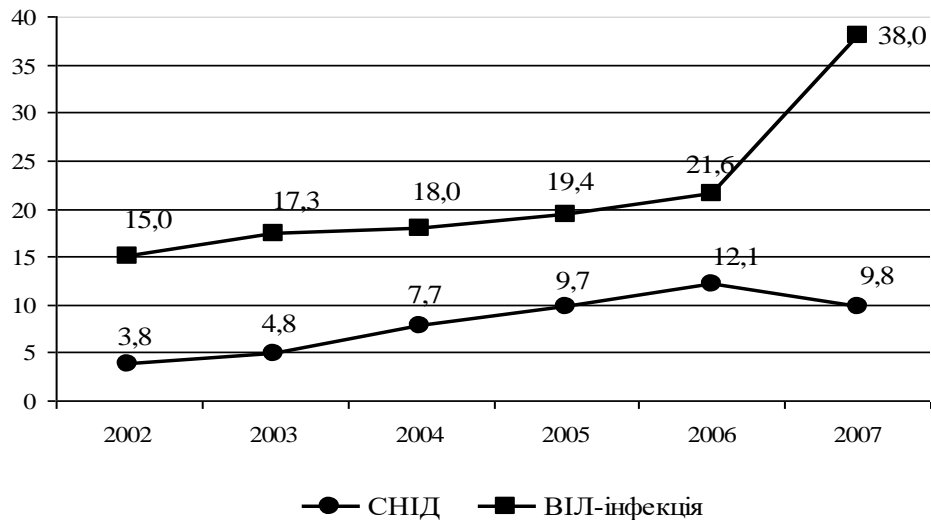


Рис. 2.8.6. Захворюваність населення України на ВІЛ/СНІД у 2002–2007 рр.
(на 100 тис. населення)

Аналіз територіального розподілу ВІЛ-інфікованих свідчить про те, що в сучасних умовах у країні не має вільних від цієї інфекції регіонів, але найвищі показники реєструються у південно-східних регіонах України, до яких належать Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Миколаївська області, АР Крим та м. Севастополь, де показники інфікування переважали середній по країні в 1,9–2,8 разу.

З 1999 р. внаслідок збільшення числа інфікованих вагітних жінок значно зросла кількість ВІЛ-позитивних дітей. Понад 97,0% ВІЛ-позитивних дітей народжені ВІЛ-позитивними матерями. Більшість таких дітей народжуються у соціально неблагополучних сім'ях і зростають без необхідних умов, які визначають пристойний рівень життя (медичне обслуговування, повноцінне харчування, забезпечення вітамінами, одягом, іграшками, шкільним приладдям тощо). У країні невпинно зростає кількість позитивних дітей, які самі вживають наркотики, їх кількість перевищує 2% усіх офіційно зареєстрованих ВІЛ-позитивних дітей. У 2007 р. зареєстровано 3449 нових випадків (52,2 на 100 тис. населення) ВІЛ серед дітей до 14 років, що на 26,7% більше, ніж у 2006 р.

Смертність безпосередньо від захворювань, зумовлених СНІДом, вже стала реальною загрозою для тисяч ВІЛ-інфікованих мешканців країни. У 2007 р. від СНІДу померло понад 2,5 тис. осіб, у тому числі 23 дитини.

Міжнародна спільнота визнала проблему ВІЛ/СНІДу насамперед як політико-соціальну, а вже потім – як медико-біологічну проблему.

Отже, з погляду вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу як політико-соціальної проблеми, Україні сьогодні не вдалося досягти суттєвого успіху у стабілізації епідемії. Кількість нових випадків ВІЛ у 2007 р. порівняно з 2006 р. зросла майже на 10%. Практикою доведено доцільність, корисність і виправданість саме превентивних заходів щодо попередження поширення ВІЛ, які мають на меті змінити поведінку і спосіб життя людей і яких в країні очевидно недостатньо.

Щодо вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу як медико-біологічної проблеми зазначимо, що завдяки впровадженню в систему охорони здоров'я України з середини 2004 р.

широкомасштабної антиретровірусної терапії, у 2007 р. порівняно з 2006 р. уперше вдалося знизити рівень захворюваності на СНІД (від + 45,0% у 2004 р., +12,0% у 2006 р. до -3,8% у 2007 р.) та темп приросту смертності від захворювань, зумовлених СНІДом (від +40,7% у 2004 р., +10,6% у 2006 р. до +3,5% у 2007 р.).

Сьогодні Уряд країни, взявши на себе низку стратегічних зобов'язань, спільно з міжнародними і неурядовими організаціями докладає багато зусиль для їх виконання та подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.

Протягом звітного періоду 2006–2007 рр. в Україні намітився деякий прогрес у політичній підтримці протидії епідемії ВІЛ. У 2006 р. постановою Кабінету Міністрів України у складі МОЗ України створено урядовий орган державного управління – Комітет з питань протидії ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.

У 2007 р. за результатами розширеної наради щодо ефективної протидії ВІЛ/СНІДу видано указ, яким передбачено створення Координаційної ради з проблем ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії як консультативно-дорадчого органу при Президентові України.

У 2004 р. затверджено Концепцію стратегії дій Уряду, спрямовану на запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу, та Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ, допомоги ВІЛ-інфікованим та лікування хворих на СНІД на 2004–2008 рр. Сьогодні програма визначає основні пріоритети у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні, забезпечує робочі рамки для залучення додаткових фінансових та технічних ресурсів. Головну увагу програми зосереджено на двох стратегічних напрямках протидії епідемії: запобіганні поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та розширенні доступу до медичної допомоги – забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

З метою створення потужної загальнодержавної кампанії у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні створено Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу, до якої увійшли провідні інституції у цій сфері. Особливий акцент зроблено на ефективній співпраці Уряду та громадських організацій, зокрема людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Така Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції є найкращим прикладом координації зусиль державних, неурядових та міжнародних організацій у боротьбі зі СНІДом серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Подальше повноцінне функціонування Ради визнано необхідною передумовою успішного виконання проектів Світового Банку, Глобального Фонду, інших міжнародних договорів. У 2006 р. рішенням Правління Глобального Фонду схвалено заявку на фінансування другого гранту для України у сумі 151 млн дол. США. Відновлено фінансування кредитного проекту Світового Банку «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні». Підписано меморандум з Федеральним міністерством економіки Німеччини на проект зі зміцнення спроможностей регіональних координаційних рад з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом. Протидія туберкульозу та ВІЛ/СНІДу залишилася одним з основних напрямів співпраці зі США.

На виконання Указу Президента України від 12.12.2007 р. №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ/Сніду в Україні» розроблено проект

Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр., спрямованої на запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу.

Структура проекту Концепції відповідає вимогам Закону України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. №1621-IV та постанови Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. №106 «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм».

Враховуючи епідемічну ситуацію з ВІЛ/СНІДу в Україні, у 2008 р. передбачено наступне фінансування Національної програми:

Державний бюджет – 226 645,2 тис. грн (станом на 31.03.2008 р. виділено 108 645,2 тис. грн); Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією – 120 000 тис. грн; кошти кредиту Світового банку – 90 000 тис. грн; інші спонсорські внески – близько 7 000 тис. грн.

Протягом 2007 р. на подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу з місцевих бюджетів витрачено понад 260 000 тис. грн.

Таким чином, у 2008 р. вартість заходів, спрямованих на протидію ВІЛ/СНІДу, становитиме 703 645,2 тис. грн на рік.

Враховуючи темпи поширення та прогноз розвитку епідемії в Україні, найближчими роками необхідність у збільшенні фінансування неухильно зростатиме.

Обсяг фінансування, поданий у проекті Концепції та необхідний для реалізації Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр., враховує показники та прогнозні дані щодо розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та становить 6 530 525 тис. грн, у тому числі державний бюджет – 5857437,4 тис. грн, місцевий бюджет – 15786,5 тис. грн, інші джерела – 515222,6 тис. грн.

У разі відсутності адекватних заходів щодо протидії ВІЛ/СНІДу найближчим часом епідемія може істотно вплинути на поглиблення й без того важкої демографічної кризи, погіршення якості продуктивних сил суспільства та інші важливі складові забезпечення соціально-економічного розвитку держави.

Першочергові завдання у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу МОЗ України:

- забезпечення виконання Указу Президента України від 12.12.2007 р. №1208 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ/СНІДу в Україні»;
- організація повноцінної діяльності Національної Ради протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу як координуючого органу з широкими міжсекторальними повноваженнями;
- продовження впровадження заходів діючої Національної програми у 2008 р. із забезпеченням фінансування її у повному обсязі;
- розробка Загальнодержавної програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на період 2009–2013 рр.;
- впровадження єдиної системи моніторингу і оцінки;
- створення Національного центру СНІДу, підпорядкованого МОЗ, який має включати високоспеціалізовану сучасну клініку з потужною референс-лабораторією та забезпечити повноцінний науковий супровід Національної програми.

Захворюваність на хвороби, що передаються статевим шляхом, є важливою характеристикою стану здоров'я населення. Про складність цієї програми свідчать показники поширеності патології та ті негативні наслідки, до яких вони призводять.

Реальним показником епідемічного стану захворюваності на хвороби, що передаються статевим шляхом, є захворюваність на сифіліс.

Незважаючи на те, що останніми роками в країні спостерігається тенденція до зниження захворюваності на сифіліс і гонококову інфекцію, в Україні склалася тривожна ситуація щодо цих хвороб. Так, у 2007 р. порівняно з 2006 р. захворюваність на сифіліс знизилась у 13,7%, а порівняно з 2002 р. – у 2,1 разу і становила 13 тис. 925 випадків (29,8 на 100 тис. населення). Зниження її рівня зафіксовано майже у всіх областях країни, крім Кіровоградської і Сумської, де показник захворюваності порівняно з 2006 р. збільшився відповідно на 5,5% і 4,8%. При цьому у звітному році високі показники зареєстровано у Херсонській – 45,7, Хмельницькій – 40,9, Одеській – 40,7, Луганській областях – 38,3 на 100 тис. населення.

Серед дітей до 14 років спостерігалось зниження захворюваності на сифіліс на 16,1%. У 2007 р. її показники становили 115 випадків (1,7 на 100 тис. населення). Проте високі рівні захворюваності, які переважали середній показник по країні у 3,4–1,6 разу, зареєстровано у Кіровоградській, Херсонській, Рівненській, Житомирській областях. Не зафіксовано жодного випадку у Дніпропетровській, Полтавській і Чернівецькій областях.

У 2007 р. порівняно з 2006 р. реєструвалося зниження захворюваності на гонококову інфекцію на 10,0%, з 2002 р. – на 36,3%. Показники захворюваності у 2007 р. становили 13830 випадків (29,6 на 100 тис. населення). Зниження її рівня зафіксовано майже в усіх регіонах. Проте високі показники захворюваності зареєстровано у Хмельницькій (69,0), Сумській (60,6), Дніпропетровській (51,5), Чернівецькій (48,5 на 100 тис. населення) областях.

У звітному році порівняно з попереднім серед дітей до 14 років зафіксовано незначне зниження захворюваності на гонококову інфекцію – на 21 випадок. Показник захворюваності становив 51 випадок (0,8 на 100 тис. населення). Зниження її рівня спостерігалось у більшості регіонів країни. Проте у Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській областях і містах Києві, Севастополі не зареєстровано жодного випадку.

Високі рівні захворюваності на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, в країні зумовлені соціально-економічним спадом унаслідок бідності, безробіття, нерівномірного розподілу прибутків; нестабільністю населення; дезінтеграцією сімей та спільнот, збільшенням кількості сиріт, покинутих та бездомних дітей; збільшенням частоти проявів небезпечної поведінки серед молоді, головним чином стосунків без запобіжних засобів. Занепокоєння викликає ураження осіб фертильного віку, що негативно впливає на репродуктивну функцію. Більшість хворих лікуються амбулаторно, що забезпечено введенням до схем лікування новітніх дюрантних антибіотиків. Водночас залишається значний контингент хворих, які можуть лікуватися тільки стаціонарно (вагітні, діти до 14 років, хворі на природжений сифіліс).

Важливу роль у запобіганні поширенню хвороб, що передаються статевим шляхом, відіграє профілактична робота в поліклініках, жіночих консультаціях та медичних центрах, співпраця різних відомств та служб у регіонах, якою повинні керувати обласні міжвідомчі комісії при держадміністраціях.

Таким чином, епідемічна ситуація щодо соціально небезпечних хвороб у країні вкрай небезпечна і потребує корінного перегляду підходів до вирішення комплексу питань щодо захисту населення від інфекційних хвороб. З метою успішної боротьби з соціально небезпечними хворобами необхідно розробити комплексну національну програму щодо забезпечення епідемічного благополуччя населення країни. Програма має передбачати конкретні заходи щодо профілактики інфекційних хвороб на основі детального аналізу епідемічної ситуації в кожному населеному пункті, регіоні, державі, з визначенням конкретних заходів дій на усіх рівнях управління із забезпеченням їх відповідним фінансуванням.

2.9. Аналіз інвалідності в Україні

Державна політика України щодо інвалідів, з урахуванням соціально-економічних можливостей, ґрунтується, передусім, на життєвій необхідності зростання рівня адаптації осіб з обмеженими фізичними можливостями та добробуту таких людей. Це закріплено Конституцією України, законами України, міжнародними договорами та іншими нормативно-правовими актами, які регулюють правові відносини у зазначеній сфері.

Сьогодні важливо теоретично і концептуально осмислити відносини «інвалід–суспільство», а враховуючи проблематику медико-соціальної суті людини з фізичними обмеженнями, слід забезпечити повноцінне і дієве функціонування системи реабілітації в Україні. Досліджуючи міжособистісний і макросоціальний рівні інвалідності як соціального феномена суспільства, Український НДІ медико-соціальних проблем інвалідності протягом багатьох років здійснює моніторинг епідеміології інвалідності в регіонах України.

Слід врахувати, що факт інвалідності признається тільки після його юридичного оформлення, тому число осіб зі стійким порушенням здоров'я, які призводять до повної втрати або зниження працездатності, може бути значно вищим, ніж за даними реєстрації. Проте багаторічне існування єдиних принципів, правил реєстрації і збору відомостей про інвалідність населення у всіх регіонах дає змогу одержати порівняльну статистику тенденцій і необхідну інформацію для аналізу регіональних аспектів інвалідності в Україні.

Слід звернути увагу на те, що соціальна підтримка інвалідів, яка позначена рядом законодавчих рішень, робить інвалідність “привабливішою” щодо отримання відповідних пільг і компенсацій, тому про зростання рівня інвалідності можна говорити як про стимулюючий процес.

Існуючу відмінність показників первинної інвалідності працюючого населення по регіонах упродовж багатьох років, ймовірно, можна пояснити їх специфікою, а також різною оцінкою критеріїв визначення і оформлення клініко-експертного діагнозу.

За останні роки в Україні основною відмінністю нового пакету законів і соціальної політики щодо інвалідів стала переорієнтація активних заходів, серед яких певне значення мають програми реабілітації інвалідів. Тому деяке поліпшення показників реабілітації і первинної інвалідності серед працюючих і осіб працездатного віку (зниження відповідно на 1 і 2,2% проти 2006 р.) можна частково пояснити послідовним збільшенням і реалізацією числа індивідуальних програм реабілітації, розробка яких проводиться відповідно до Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні” і наступними за цією низкою підзаконних актів.

У цілому збільшився рівень первинної інвалідності дорослого населення (на 10 тис.) з 49,5 (2003 р.) до 53,5 (2007 р.), переважно внаслідок загальних захворювань та інвалідів з дитинства, що має соціальний характер цієї динаміки (табл. 2.9.1).

Таблиця 2.9.1

Кількість вперше визнаних інвалідами в Україні (на 10 тис. населення)

Показник	Рік				
	2003	2004	2005	2006	2007
Визнано інвалідами усіх категорій (крім дітей-інвалідів)	40,9	45,6	45,0	41,5	43,7
Внаслідок загального захворювання	34,2	39,0	40,3	37,2	38,0
Серед працюючих	26,8	35,6	38,1	35,2	34,9
Серед дорослого населення	49,5	54,7	55,9	51,2	53,5
Серед населення працездатного віку	52,6	52,1	60,8	57,5	56,2

Деякі особливості рівнів інвалідності по роках

Службою медико-соціальної експертизи у 2003 р. приділялася особлива увага інвалідності працюючих. Проводився поглиблений аналіз стану та причин інвалідності серед працюючих у різних галузях промисловості та агропромислового комплексу. На підставі цього аналізу розроблялися регіональні комплексні заходи щодо профілактики та зниження її рівня, поліпшення медичного обслуговування, усунення небезпечних та шкідливих для здоров'я виробничих факторів. Лікарі служби брали участь в атестації робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях, у тому числі призначених для працевлаштування інвалідів. Спільно з Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України лікарі служби брали участь у розслідуванні нещасних випадків та професійних захворювань на виробництві, здійснювали контроль за проведенням лікувально-оздоровчих заходів, попередніх та періодичних медичних оглядів працівників. Завдяки проведенню цієї роботи інвалідність працюючого населення у 2003 р. знизилася на 7,3% – 26,8 випадку на 10 тис. населення у працездатному віці проти 28,9 випадку у 2002 р.

Високі показники первинної інвалідності працюючих спостерігалися у Донецькій (37,2), Хмельницькій (32,5), Чернігівській (30,7), Львівській (30,3), Житомирській (29,9), Дніпропетровській та Рівненській (29,5), Вінницькій (29,0) областях.

Посилення діяльності служби спільно з іншими міністерствами та відомствами з профілактики інвалідності, підвищення якості надання медико-соціальної експертної допомоги та реабілітації інвалідів дало змогу досягти в 2003 р. зниження показників

первинної інвалідності дорослого населення порівняно з попереднім роком на 5,0% (з 52,1 до 49,5 випадку на 10 тис. дорослого населення), осіб працездатного віку – на 4,4% (з 55,0 до 52,6 випадку на 10 тис. населення у працездатному віці).

У регіонах, де місцевою владою встановлено деякі пільги інвалідам на оплату житла, комунальних послуг, надається матеріальна допомога, показники первинної інвалідності дорослого населення значно перевищували середній рівень по Україні в цілому.

Налагодження роботи з надання кваліфікованої медичної допомоги мешканцям сільської місцевості шляхом регулярних виїздів спеціалізованих бригад обласних лікарень, інших обласних лікувально-профілактичних закладів, які надавали консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу, вплинуло на зниження вперше за багато років кількості первинно визнаних інвалідами серед сільського населення – на 5,6% серед дорослого населення та на 4,0% у працездатному віці. Але інвалідність сільського населення працездатного віку, хоча і знизилася, перевищила таку серед міського населення цього віку в 2003 р. на 13,2%. Ліквідація колгоспів, радгоспів, проведення земельної реформи на селі призвели до зростання рівня безробіття сільського населення працездатного віку, які тепер поповнюють когорту інвалідів з числа сільського населення у цьому віці.

Стан первинної інвалідності дорослого населення України у 2004 р. свідчить про те, що інвалідність є соціально стимульованим феноменом. Прийняття законодавчих документів, які надають пільги інвалідам, завжди викликає зростання її рівня.

Введення в дію у 2004 р. Закону України «Про внесення змін до статті 7 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», згідно з яким ветерани Великої Вітчизняної війни мають пільги в разі визнання їх інвалідами від загального захворювання, викликало масове звернення їх до медико-експертних комісій (МСЕК) з визначення інвалідності.

У 2004 р. у деяких регіонах вперше оглянуто набагато більше учасників бойових дій під час Великої Вітчизняної війни, ніж у попередні роки. Більшості з них встановлено інвалідність від загального захворювання, що викликало зростання рівня первинної інвалідності внаслідок загального захворювання у цілому на 14,0% – з 34,2 до 39,0 випадку на 10 тис. усього населення. Питома вага первинної інвалідності серед цієї категорії становила у 2004 р. 85,3% усієї первинної інвалідності, а раніше вона не перевищувала 84,0%.

Роздрібненість великих державних підприємств, що мали раніше струнку систему медико-санітарного обслуговування працівників, створення на основі цих підприємств акціонерних товариств закритого типу, орендних підприємств, дрібних приватних підприємств без належного контролю за умовами праці й станом здоров'я працюючих сприяли погіршенню умов праці, розвитку професійних захворювань і зростанню рівня інвалідності у працівників. Серед працюючих на підприємствах недержавних форм власності її рівень збільшився за роки незалежності на 63,9%.

В умовах підприємств з недержавними формами власності не налагоджено належним чином оздоровлення працівників та їх медичне обслуговування, тому хворі,

щоб не бути звільненими власниками підприємств та не залишитися без засобів існування, змушені відтягувати звернення по встановлення інвалідності. Внаслідок цього змінився розподіл первинної інвалідності працюючих на приватних підприємствах у бік встановлення тяжчих груп інвалідності, що мають більшу питому вагу, ніж у працюючих на державних підприємствах: у 2004 р. I–II група інвалідності становила 51,3%, III – 48,7%, а на державних підприємствах – відповідно 46,6 та 53,4%.

Зруйнування медико-санітарних частин багатьох підприємств та цехової медичної служби призвело до того, що погіршилися чи зовсім не проводяться періодичні медичні огляди працюючих у шкідливих умовах виробничого середовища, не проводяться диспансеризація та оздоровлення працюючих. Зруйновано систему оздоровлення осіб, які часто і тривало хворіють, що здійснювалася раніше у цехах здоров'я, де таких хворих працевлаштовували з полегшеними умовами праці за висновком ЛКК з одночасним проведенням лікувально-оздоровчих та реабілітаційних заходів. Лікарі МСЕК спільно з представниками Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань повинні взяти під контроль організацію та проведення медико-санітарного обслуговування працюючих, періодичних медичних оглядів працюючих у шкідливих умовах для профілактики інвалідності, у тому числі внаслідок виробничих травм та професійних захворювань.

Працівники агропромислового комплексу посідають друге місце в первинній інвалідності працюючих за видами економічної діяльності (15,2%) після обробної промисловості, на яку припадає 24,3% від загальної кількості первинних інвалідів з числа працюючих.

Рівень первинної інвалідності сільського населення протягом усіх останніх років перевищував такий серед міського, у тому числі за 2004 р.: 47,1 випадку на 10 тис. сільського населення проти 41,1 випадку на 10 тис. міського населення. Міжрайонні МСЕК, які надають медико-соціальну експертну допомогу в сільських районах, мають контролювати виконання заходів щодо відновлення та поліпшення медичного обслуговування сільського населення, які передбачені Указом Президента України від 03.01.2002 р. №8/2002 «Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр.», в якому, зокрема, передбачається відкриття лікарських амбулаторій в сільських населених пунктах з населенням 1000 чоловік.

Масове звернення учасників бойових дій у роки Великої Вітчизняної війни призвело до зростання рівня первинної інвалідності серед дорослого населення на більшості адміністративних територій, а по Україні в цілому – на 10,5% (з 49,5 до 54,7 випадку на 10 тис. дорослого населення). Кількість осіб пенсійного віку серед вперше визнаних інвалідами збільшилася на 21500 чоловік порівняно з 2003 р., а їх питома вага у структурі первинної інвалідності зросла з 24,3 до 32,0%.

У деяких регіонах зростання рівня первинної інвалідності дорослого населення з цієї причини перевищило 20,0% (Вінницькій, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Тернопільській, Чернігівській областях). Найбільші показники первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення зафіксовано у 2004 р. в Чернігівській (73,9), Миколаївській

(68,8), Одеській (65,0), Вінницькій (59,2), Донецькій (58,9), Житомирській (58,2) областях, АР Крим (60,9), м. Севастополі (70,0) та Києві (59,6).

Масове звернення та встановлення інвалідності особам похилого віку – учасникам бойових дій у роки Другої світової війни викликало не тільки збільшення питомої ваги осіб пенсійного віку в структурі первинної інвалідності, але і зростання частоти встановлення тяжких груп інвалідності дорослому населенню. Частота встановлення І групи інвалідності зросла з 7,1 до 8,8 випадку на 10 тис. дорослого населення (на 23,9%), ІІ групи інвалідності – з 21,1 до 25,8 випадку (на 22,3%).

У зв'язку з підвищенням розміру пенсій за інвалідністю наприкінці 2004 р. та початку 2005 р. за цим соціальним стимулом у 2005 р. спостерігалось значне збільшення кількості первинних інвалідів від загального захворювання з числа населення працездатного віку за рахунок працюючих, безробітних та осіб, які де-небудь працювали, але не були зареєстровані в органах праці. Кількість первинних інвалідів від загального захворювання у працездатному віці збільшилася у 2005 р. на 20,3% – з 118948 чол. до 143131 чол.

У зв'язку з підвищенням розміру пенсій за інвалідністю хворі, які для оплати лікування змушені продовжувати працювати у протипоказаних за станом здоров'я професіях, масово звернулися по встановлення інвалідності від загального захворювання. Тому абсолютна кількість працюючих, яким у 2005 р. вперше встановлено інвалідність, зросла порівняно з 2004 р. на 6716 осіб, тоді як в усі попередні роки інвалідність працюючих щорічно знижувалася на декілька тис. осіб. У 2004 р. показник первинної інвалідності працюючих становив 35,6 випадку на 10 тис. зайнятого населення, а у 2005 р., незважаючи на збільшення чисельності зайнятого населення, – на 452 тис. (38,1 випадку, зростання на 7,0%). Зростання рівня інвалідності працюючих зумовлено підвищенням розміру пенсій за інвалідністю, тоді як раніше через низькі розміри пенсій хворі відтягували звернення по встановлення інвалідності. Цей факт підтверджується тим, що інвалідність працюючих не тільки зросла, але й збільшилася частота та питома вага встановлення ІІІ групи інвалідності. У 2004 р. вона становила 18,8 випадку на 10 тис. зайнятого населення та 51,4% від загальної кількості вперше визнаних інвалідами з числа працюючих, у 2005 р. – відповідно 22,1 випадку (зростання на 17,6%) та 57,9%.

У 2005 р. спостерігалися зростання та найбільші рівні первинної інвалідності працюючих в областях з важкою промисловістю (вугільною, гірничорудною, металургійною), що зумовлює необхідність поліпшення медичного обслуговування працюючих у цих галузях, охоплення цих осіб періодичними медичними оглядами та диспансеризацією.

Згідно з Конвенцією ООН «Про права дитини», в Україні віковий ценз дитини подовжено до 18 років. Наказом МОЗ України № 463 від 12.12.2002 р. «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку» амбулаторно-поліклінічна медична допомога підліткам віком 15–18 років передавалася із загальної мережі до дитячих лікувально-профілактичних закладів, але встановлення інвалідності дітям 16–18 років здійснювалося до 2005 р. МСЕК. Згідно з листом МОЗ України від 01.02.2005 р.

№4.03-12/141, видачу медичного висновку про дитину-інваліда віком 16–18 років покладено замість МСЕК на дитячі лікувально-профілактичні заклади.

Хоча офіційно працездатним вважається вік 16–55 років (жінки) та 16–60 років (чоловіки), однак у зв'язку з тим, що підліткам віком 16–17 років у 2005 р. інвалідність встановлювали педіатричні лікувально-профілактичні заклади, розрахунки показників первинної інвалідності для осіб працездатного віку, яким її встановлювали МСЕК, припадали на вік 18–55 років (жінки) та 18–60 років (чоловіки), дорослого населення – теж з 18 років.

Проведення земельної реформи на селі призвело до збільшення безробіття сільського населення працездатного віку, яке тепер поповнює когорту інвалідів з числа сільського населення у цьому віці. Тому при зниженні показника інвалідності осіб працездатного віку в 2003–2004 рр. у сільськогосподарських регіонах та у регіонах з переважанням сільського населення і високим рівнем безробіття зростання інвалідності населення у працездатному віці продовжувалося.

У 2005 р. рівень інвалідності сільського населення працездатного віку перевищував такий серед міського у 20 адміністративних територіях, у деяких з них це перевищення є дуже суттєвим: у Донецькій – на 43,1%, Закарпатській – на 45,9%, Луганській – у 2 рази, Одеській – на 59,7%, Тернопільській – на 31,0%, Закарпатській – на 45,9%, Чернівецькій – на 22,9%. Тому по Україні в цілому рівень первинної інвалідності на 10 тис. сільського населення працездатного віку перевищує такий серед міського населення цього віку на 21,1% – 69,4 проти 57,3 випадку.

Показники первинної інвалідності міського населення працездатного віку перевищують рівні дорослого в 16 областях, сільського населення працездатного віку перевищують показники сільського дорослого населення в 24 областях та АР Крим. Тому в Україні у 2005 р. (аналогічно періоду 2001–2003 рр.) спостерігалось таке явище: показник первинної інвалідності на 10 тис. населення працездатного віку перевищив такий на 10 тис. дорослого населення на 8,8%, у тому числі серед міського населення – на 1,1% (57,3 випадку проти 56,7), а серед сільського – на 28,5% (69,4 випадку проти 54,0).

Аналіз структури первинної інвалідності за групами інвалідності у 2005 р. свідчить про те, що виконання хворим реабілітаційних заходів у повному обсязі дало б змогу відновити працездатність значній частині з них та запобігти встановленню інвалідності. Останнім десятиріччям реєструвалося поступове зростання частоти та питомої ваги встановлення III групи інвалідності як у цілому (за винятком 2004 р.), так і за більшістю основних інвалідизуючих класів хвороб. Особливо суттєве зростання зафіксовано у 2005 р. серед вперше визнаних інвалідами у працездатному віці: за частотою встановлення III групи інвалідності – зростання на 30,3% (з 25,4 випадку на 10 тис. населення працездатного віку до 31,3 випадку), а питома вага зросла з 48,9 до 54,5%. В окремих областях питома вага встановлення III групи інвалідності серед вперше визнаних інвалідами у працездатному віці перевищує 60,0%: у Вінницькій (63,5%), Івано-Франківській (62,4%), Львівській (66,2%), Тернопільській (62,8%), Чернівецькій (62,2%), що і раніше спостерігалось в деяких з них через встановлення III групи хворим за соціальними причинами.

У 2006 р. рівень первинної інвалідності дорослого населення знизився з таких соціальних причин: від загального захворювання, з дитинства, з числа військовослужбовців. Кількість вперше визнаних інвалідами від загального захворювання зменшилася на 9,0%, з дитинства – на 14,9%, з числа військовослужбовців – на 19,1%. Спостерігалось збільшення кількості вперше визнаних інвалідами внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання (з 6634 до 7065 чол.) – на 6,5%, у зв'язку з аварією на ЧАЕС – на 17,6% (з 4329 до 5089 чол.). Причиною такого збільшення кількості інвалідів у зв'язку з аварією на ЧАЕС був соціальний стимул – значне підвищення їм розміру пенсій та соціальних пільг у рік 20-річчя Чорнобильської катастрофи, тому кількість інвалідів у зв'язку з аварією на ЧАЕС збільшилася за всіма групами їх диспансерного обліку: учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) – на 17,6%, евакуйованих – у 2,8 разу, переселенців та мешканців територій, забруднених радіонуклідами, – на 9,7% (на них припадає 54,6% первинних інвалідів у зв'язку з аварією на ЧАЕС, на УЛНА – 39,6%).

Позитивним у діяльності лікувально-профілактичних установ і служби медико-соціальної експертизи є посилення профілактичної спрямованості. Мабуть, це могло сприяти за останні рік-два зниженню показників первинної інвалідності серед дорослого населення внаслідок таких нозологічних форм, як туберкульоз (-12,5%), захворювання органів травлення (-6,7%), травми (-4,8%), у тому числі травми очей знизилася на 16,7%.

Зараз немає об'єктивних умов для зростання чисельності інвалідів унаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання. Виробничий травматизм має тенденцію до зниження і за своїм вектором співпадає з динамікою зниження виробництва.

Дещо зріс рівень первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету (+21,4%), вегето-судинної дистонії (у три рази), новоутворень (+9,1%). Для точнішої оцінки цих процесів ці показники слід порівняти з даними смертності, захворюваності, а також динаміки густоти населення у відповідних регіонах (табл. 2.9.2)

Таблиця 2.9.2

Структура первинної інвалідності з урахуванням класифікації хвороб у 2003–2007 рр.
(на 10 тис. дорослого населення)

Основна структура хвороб	Рік				
	2003	2004	2005	2006	2007
Наслідки хвороб системи кровообігу	12,9	17,3	15,4	13,5	14,3
Інвалідність внаслідок новоутворень	8,7	9,0	9,2	8,8	9,5
Внаслідок травм	5,6	5,5	6,2	6,3	6,0
Інваліди із захворюваннями кістково-м'язової системи і сполучної тканини	4,6	4,8	5,7	5,4	5,7
Інваліди з розладами психіки і поведінки	3,0	3,0	3,0	2,7	2,9
Із захворюваннями нервової системи	2,9	3,1	3,2	2,6	2,9

У структурі первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення з урахуванням класифікації хвороб залишаються попередні рангові розподіли¹:

¹ Дані на кінець 2007 р.

1. Наслідки хвороб системи кровообігу – 14,3;
2. Внаслідок новоутворень – 9,5;
3. Внаслідок травм – 6,0;
4. Інваліди із захворюваннями кістково-м'язової системи і сполучної тканини – 5,7;
5. та 6 – Інваліди з розладами психіки і поведінки та захворюваннями нервової системи – по 2,9.

Водночас із деяким збільшенням рівня первинної інвалідності (на 10 тис. дорослого населення) зростає ступінь її тяжкості. Переважно показник інвалідності зріс за рахунок першої і третьої груп.

Підсумком еволюції вікової структури первинної інвалідності в аналізований період стало переміщення основної частини інвалідів з категорії молодого віку в передпенсійний та пенсійний – 25,7 проти 20,4%.

Оскільки динаміка інвалідності схильна до істотних спотворень у зв'язку з суб'єктивними «мотиваційними» чинниками, її порівняння необхідно проводити з урахуванням базових демографічних показників.

Багато показників не є об'єктивно мотивованими, тому їх слід розглядати як статистичні артефакти.

Основні показники інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу

Інвалідність внаслідок хвороб системи кровообігу посідала перше рангове місце в структурі первинної інвалідності дорослого населення (у 2007 р. – 26,7%; 2006 р. – 26,5%) та населення працездатного віку (у 2007 р. – 20,4%, у 2006 р. – 21,3%).

У 2007 р. серед дорослого населення реєструвалося підвищення рівня первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу з 13,5 до 14,3 випадку на 10 тис. населення, що пов'язано з його зростанням внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) з 4,5 до 4,9 випадку. Серед працездатного населення рівень інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу дещо знизився в цілому з 12,2 до 11,5 випадку за рахунок його зниження внаслідок ревматичних захворювань (з 0,5 до 0,4 випадку) та ІХС (з 4,0 випадку до 3,9). Незважаючи на поширеність гіпертонічної хвороби (ГХ), останніми роками фіксувалося зниження первинної інвалідності внаслідок цієї патології. В 2007 р. її рівень як серед дорослого (0,8 випадку), так і серед працездатного населення (1,0 випадків) залишався на тому самому рівні.

Найбільші показники первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу (при середньому – 14,3 випадку на 10 тис. дорослого населення) зареєстровано у Вінницькій обл. (22,1), м. Севастополі (20,5), Чернігівській обл. (19,9), м. Києві (19,4), Миколаївській (18,1) та Одеській областях (17,8).

У працездатному віці показники інвалідності внаслідок ІХС перевищували середні (3,9) в Миколаївській (5,4), Чернівецькій (5,3), Львівській (4,7), Хмельницькій (4,6), Івано-Франківській (4,6) областях.

Рівень інвалідності внаслідок ГХ у хворих працездатного віку вищий за середні показники (0,8) в Чернівецькій (3,2), Миколаївській (2,4), Одеській (2,1) областях. У осіб працездатного віку первинна інвалідність внаслідок ревматичних захворювань превалює у Вінницькій області – 1,0 випадку при середньому показнику 0,4.

Первинна інвалідність при захворюваннях органів дихання, ендокринної системи, кровотворних органів

Незважаючи на значні успіхи в розробці сучасних аспектів патогенезу, діагностики та лікування захворювань органів дихання, в клінічній практиці ще нерідкі випадки запізнілої діагностики, недооцінки тяжкості стану хворого, недостатнє знання питань реабілітації і методів лікування. Це утруднює проведення оцінки стану життєдіяльності таких хворих і призводить до винесення неправильних експертних рішень про встановлення інвалідності.

У 2007 р. рівень первинної інвалідності внаслідок захворювань органів дихання в Україні становив 1,7 на 10 тис. дорослого населення (у 2006 р. – 1,7 на 10 тис. дорослого населення, у 2005 р. – 1,8 на 10 тис. дорослого населення).

Показники первинної інвалідності внаслідок захворювань органів дихання на 10 тис. дорослого населення коливалися від 0,7 випадку у м. Київ та 0,8 в Запорізькій області до 4,2 випадку у Донецькій області та 3,8 у Львівській області, 2,1 в Житомирській області. Високі показники інвалідності в Донецькій та Львівській областях серед захворювань органів дихання традиційно зумовлені високим рівнем професійної захворюваності в індустріально-промисловому регіоні.

Показники первинної інвалідності внаслідок пневмококіозу на 10 тис. дорослого населення коливалися від 0 випадку у м. Севастополі, Вінницькій, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях та АР Крим до 1,4 випадку у Донецькій області, 0,7 у Львівській області, та 0,4 в Луганській області (середній показник по Україні в 2007, 2006, 2005 рр. – 0,2 на 10 тис. дорослого населення).

Показники первинної інвалідності внаслідок захворювань органів дихання на 10 тис. дорослого населення у Донецькій області за період 2005–2007 рр. зріс з 3,8 у 2005 р. до 4,3 у 2006 р. та 4,2 у 2007 р. Коливалися показники первинної інвалідності внаслідок захворювань органів дихання на 10 тис. дорослого населення у Львівській області за період 2005–2007 рр.: зріс з 3,5 у 2005 р. до 4,3 у 2006 р. та 3,8 у 2007 р. Тенденція до зниження показників простежується в Херсонській області (1,5 – 0,8 – 0,8 на 10 тис. дорослого населення), АР Крим (1,8 – 1,5 – 1,4 на 10 тис. дорослого населення), Чернівецькій області (1,5 – 1,3 – 1,2 на 10 тис. дорослого населення).

У 2005–2007 рр. показник первинної інвалідності внаслідок ендокринних хвороб та розладів харчування на 10 тис. дорослого населення збільшився по Україні в цілому з 2,2 у 2005 р. до 2,3 у 2007 р.

Найбільш високі показники з тенденцією до зростання відмічалися у Львівській області (з 2,7 у 2005 р. до 2,8 у 2007 р.). В Одеській області досить високий показник 3,0 у 2005 р. знизився до 2,9 у 2007 р. В АР Крим спостерігалася тенденція до зниження високого показника (з 3,1 у 2005 р. до 2,7 у 2007 р.). Значне зниження показника зафіксовано у м. Севастополі (з 2,9 у 2005 р. до 2,0 у 2007 р.).

У Дніпропетровській області показник виріс з 2,3 у 2005 р. та 2,0 у 2006 р. до 2,6 у 2007 р.

У 2005–2007 рр. показник первинної інвалідності внаслідок тиреотоксикозу на 10 тис. дорослого населення по Україні в цілому не змінився і становив 0,1.

Стабільно високий показник (0,2) реєструвався у Львівській області. У Миколаївській області він зріс з 0,1 у 2005 р. до 0,2 у 2007 р. Зниження показника зафіксовано у Хмельницькій області (з 0,2 у 2005 р. до 0,1 у 2007 р.) та у м. Києві (з 0,1 у 2005 р. до 0,03 у 2007 р.).

Показник первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету на 10 тис. дорослого населення в зазначений період по Україні в цілому коливався з 1,6 у 2005 р., 1,4 у 2006 р. до 1,7 у 2007 р.

У Закарпатській області спостерігалася тенденція до зниження рівня первинної інвалідності серед хворих на цукровий діабет (в 2005 р. з 1,8 на 10 тис. дорослого населення до 1,6 у 2007 р.). Такі ж позитивні зміни щодо зниження рівня первинної інвалідності фіксувалися в АР Крим (з 2,4 до 2,1 на 10 тис. дорослого населення у 2007 р. порівняно з 2005 р.).

Досить підвищений рівень первинної інвалідності порівняно з середнім по Україні (1,7 на 10 тис. дорослого населення) зафіксовано у Кіровоградській обл. (2,0 на 10 тис. дорослого населення у 2007 р.).

Невелике зниження первинної інвалідності у Миколаївській області в 2007 р. порівняно з 2005 р. (2,2 на 10 тис. дорослого населення), однак цей показник (2,0 на 10 тис. дорослого населення) перевищує такий по Україні (1,7 на 10 тис. дорослого населення).

Стабільно високим залишався показник первинної інвалідності в Одеській обл. у 2005, 2006 та 2007 рр. і перевищив такий по Україні (1,7 на 10 тис. дорослого населення у 2007р.) в середньому на 0,54 пункту за кожен рік.

Високий приріст первинної інвалідності внаслідок цукрового діабету залишався у м. Києві (2,2 на 10 тис. дорослого населення у 2007 р.), що на 1,2 пункту вище, ніж у 2005 р.

В Дніпропетровській області зафіксовано вищий за середній по Україні показник первинної інвалідності. Так, у 2007 р. він становив 2,2 на 10 тис. дорослого населення.

Показник первинної інвалідності внаслідок хвороб крові й кровотворних органів на 10 тис. дорослого населення по Україні в цілому не змінився і становив 0,1.

Найбільш високі показники зареєстровано у Волинській області (2005 р. – 0,4; 2006 р. – 0,3; 2007 р. – 0,3). У Хмельницькій області відмічався стабільно високий показник (0,3). В Івано-Франківській області цей показник зріс з 0,2 у 2005 та 2006 рр. до 0,3 у 2007 р. У Закарпатській області – з 0,2 у 2005 р. до 0,3 у 2007 р. У Чернігівській області у 2005 та 2006 рр. відмічався високий показник (0,4), але у 2007 р. він знизився до 0,1. У Дніпропетровській області у 2005 р. – 0,1, у 2006 р. – 0,04, у 2007 р. – 0,1.

Звертає на себе увагу той факт, що віковий склад вперше визнаних інвалідів значно коливається в різних регіонах України. У цілому розбіжності рівнів первинної інвалідності по регіонах свідчать, по-перше, про незадовільну організацію лікувально-профілактичної та реабілітаційної допомоги хворим у регіонах з високими рівнями інвалідності, по-друге – про різні підходи лікарів-експертів до оцінки ступеня обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності цих хворих.

Первинна інвалідність внаслідок травм та захворювань кістково-м'язової системи, сполучної тканини у дорослого населення

У структурі первинної інвалідності з урахуванням класифікації хвороб інваліди внаслідок травм посіли 3-тє рангове місце (6,0).

Травматизм залишається однією з основних причин інвалідності населення. У 2007 р. зареєстровано високі показники первинної інвалідності внаслідок травм у Донецькій – 9,1, Рівненській – 8,6, АР Крим – 8,3, Дніпропетровській – 7,3, при середньому по Україні в 2007 р. 6,0 випадку на 10 тис. дорослого населення.

У значній частині областей упродовж останніх років спостерігалися високі рівні первинної інвалідності внаслідок усіх травм, при цьому реєструвалися відносно низькі показники рівнів інвалідності внаслідок трудового каліцтва. Це можна пояснити недосконалою організацією медичної допомоги і реабілітації потерпілим від невиробничих травм.

Постраждалі внаслідок трудового каліцтва перебувають у сприятливіших матеріальних та інших реабілітаційних умовах, ніж постраждалі внаслідок невиробничих травм, оскільки перші отримують за рахунок Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві України різну реабілітаційну допомогу.

Показники первинної інвалідності у дорослого населення внаслідок захворювань кістково-м'язової системи і сполучної тканини (КМС) посіли 4-тє місце в структурі первинної інвалідності. Зафіксовано високі показники первинної інвалідності внаслідок захворювань КМС у дорослого населення: у Вінницькій області – 8,2 випадку, у Тернопільській області – 8,2, у м. Севастополі – 7,9, у Закарпатській області – 7,6.

Розглядаючи ці показники первинної інвалідності внаслідок захворювань КМС в областях України, ми не змогли виявити їх залежність від місцевих клімато-географічних, демографічних умов, характеру промисловості та ін. Проте вони різко відрізняються від показників областей, які географічно розташовані поряд. На нашу думку, інвалідність внаслідок захворювань КМС переважно залежить від якості експертизи обмеження життєдіяльності цих хворих у МСЕК.

В середньому по Україні в 2007 р. деформуючий артроз становив 1,0 випадку, а остеохондроз хребта – 1,7 випадку в структурі захворювань КМС, при великій варіабельності цих показників по окремих областях. Ці показники, як правило, не залежать від звернення у МСЕК пенсіонерів за віком, що дає змогу зробити висновок про різні підходи лікарів-експертів до встановлення ступеня обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності цих хворих.

Патологія нервової системи

В загальній статистичній звітності інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у класі VI (захворювання нервової системи) проводиться облік наступних нозологій: вегето-судинна дистонія та захворювання периферійної нервової системи, в класі IX (захворювання системи кровообігу) – цереброваскулярні хвороби та класі XIII (хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини) – остеохондроз хребта.

За даними 2005–2007 рр. спостерігається наступна динаміка щодо цих захворювань:

1. Вегето-судинна дистонія – показник вперше визнаних інвалідами у 2005–2007 рр. серед дорослого населення зріс (0,01–0,01–0,03 випадку на 10 тис. дорослого населення, 0,02–0,02–0,03 – для населення працездатного віку), у розрізі областей домінувала Полтавська (0,7 та 0,8 на 10 тис. населення відповідно для дорослого та працездатного населення (при показнику по Україні – 0,03 у 2007 р.)).

2. Захворювання периферійної нервової системи – у 2005–2007 рр. зменшився показник вперше визнаних інвалідами серед дорослого населення (0,5–0,4–0,4 випадку на 10 тис. дорослого населення), у розрізі областей домінували м. Севастополь (1,2), АР Крим (0,8), Тернопільська (0,8), Полтавська (0,7), Вінницька (0,7) та Чернігівська (0,6) області (при показнику по Україні 0,4 у 2007 р.); серед населення працездатного віку він становив 0,6–0,5–0,5 випадку на 10 тис. населення працездатного віку, переважали м. Севастополь (1,5), АР Крим (1,1), Тернопільська (0,9), Полтавська (0,8), Вінницька (0,8), Чернігівська (0,8) та Донецька (0,8) області (при показнику по Україні – 0,5 у 2007 р.).

3. Цереброваскулярні хвороби – зменшився показник вперше визнаних інвалідами за 2005–2007 рр. серед дорослого населення 6,3–5,6–5,9 випадку на 10 тис. дорослого населення, домінували м. Київ (9,6), Одеська область (8,0), м. Севастополь (7,8), Чернігівська (7,5), Київська (7,3), Черкаська (7,2), Миколаївська (7,1), Тернопільська (7,0) області (при показнику по Україні – 5,9 у 2007 р.); серед населення працездатного віку він становив 4,4–4,5–4,2 випадку на 10 тис. населення працездатного віку, переважали м. Київ (5,8), Київська (5,5), Рівненська (5,5), Миколаївська (5,0), Одеська (5,0) області (при показнику по Україні – 4,2 у 2007 р.). Слід зазначити, що відсутній розподіл щодо нозологій цереброваскулярних захворювань (оскільки за світовими даними основним інвалідизуючим чинником внаслідок ЦВП є інсульти).

4. Остеохондроз хребта – зменшився показник вперше визнаних інвалідами у 2005–2007 рр. серед дорослого населення (2,1–1,9–1,7 випадку на 10 тис. дорослого населення, домінували Чернівецька (3,7), Дніпропетровська (3,4), Рівненська (2,9), Житомирська (2,5), Тернопільська (2,4) області (при показнику по Україні – 1,7 у 2007 р.); серед населення працездатного віку – 2,7–2,5–2,2 випадку на 10 тис. населення працездатного віку, переважали Чернівецька (5,1), Дніпропетровська (4,6), Рівненська (3,7), Хмельницька (3,5) області (при показнику по Україні – 2,2 у 2007 р.). Водночас у промислово розвинутих регіонах (Донецька, Луганська області) показник первинної інвалідності дорослого населення становив у 2007 р. 0,7 та 2,2 випадку відповідно та працездатного – 0,9 та 2,8 на 10 тис. населення.

Вказані особливості потребують перегляду якості надання статистичної звітної інформації щодо існуючих нозологій (захворювання периферичної нервової системи та остеохондроз хребта) і деталізації нозологічної структури щодо цереброваскулярної патології. Також слід ввести до загальної статистичної звітності такі нозології, як розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, що посідають значне місце серед захворюваності та поширеності у клінічній статистичній звітності.

Патологія органа зору

У загальній структурі інвалідності серед дорослого населення України патологія органа зору посіла восьме місце. Інтенсивні показники інвалідності внаслідок

офтальмопатології у 2005–2007 рр. були досить стабільними і коливалися у межах 2,7–2,6 на 10 тис. дорослого населення.

Значно перевищували середні по Україні показники інвалідності по зору в АР Крим, Вінницькій, Волинській, Миколаївській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській, Чернівецькій областях, м. Севастополі (4,7–3,4 на 10 тис. дорослого населення) – регіонах, різних за своєю географією та економічним розвитком. Наведені дані свідчать про необхідність посилення профілактичних заходів щодо хворих з патологією очей.

П'яту частину інвалідів становили хворі з наслідками травм ока та орбіти. Найбільші показники інвалідності при очному травматизмі спостерігалися в АР Крим, Донецькій, Кіровоградській, Миколаївській, Херсонській, Черкаській областях (0,8–1,2 на 10 тис. дорослого населення). Звертає на себе увагу той факт, що показники первинного травматизму значно нижчі за середні в індустріально розвинених регіонах – Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Харківській областях (0,1–0,3 на 10 тис. дорослого населення). Це потребує ретельного вивчення факторів та причин інвалідизації хворих з наслідками травм ока та орбіти.

Таким чином, показники інвалідності порівняно з такими за основними нозологічними формами захворювань свідчать про необхідність проведення заходів щодо зниження і попередження інвалідності в Україні.

Основні завдання щодо профілактики інвалідності та зниження її рівня, реабілітації інвалідів та удосконалення діяльності служби медико-соціальної експертизи на подальші роки:

- з урахуванням завдань Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. слід розробити у кожному регіоні комплексні програми профілактики та зниження інвалідності населення працездатного віку, працюючих, затверджені облдержадміністрацією, та забезпечити контроль за їх виконанням;
- необхідно забезпечити виявлення та обговорення на медичних нарадах у лікувально-профілактичних закладах причин виникнення інвалідності або необґрунтованого скерування до МСЕК, проведення спільного з ЛКК контролю за лікуванням під час перебування хворого на пролонгованому листку непрацездатності;
- для запобігання необґрунтованого скерування до МСЕК головам МСЕК конче потрібно забезпечити суворий контроль при прийомі документів від ЛКК за повнотою та якістю заповнення медичної документації, додержанням вимог до експертного обстеження хворих та надавати попередню консультативну допомогу ЛКК для всіх вперше скерованих до МСЕК;
- важливо активізувати роботу МСЕК з питань профілактики інвалідності працюючих, атестації робочих місць для працевлаштування інвалідів та забезпечити систематичне інформування органів праці та соціального захисту населення про кількість інвалідів, які потребують професійної реабілітації, та тих, які бажають працювати;
- для наближення медико-соціальної експертизи до сільського населення слід вирішувати питання щодо забезпечення МСЕК автотранспортом для виконання графіків виїзних засідань;
- потрібно вирішити питання з кадровим забезпеченням МСЕК, насамперед спеціалістами з реабілітації інвалідів.

Для реалізації Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р. №2961-IV необхідно:

- розробити заходи та внести пропозиції до обласних (міських) держадміністрацій стосовно реалізації в регіоні Закону, удосконалення медичної, професійної та соціальної реабілітації інвалідів з урахуванням соціально-економічних, демографічних та інших місцевих особливостей;
- активізувати роботу з формування індивідуальних програм реабілітації (ІПР) інвалідів, з організації їх реалізації та контролю за виконанням;
- при формуванні індивідуальних програм реабілітації визначати конкретні обсяги, методи, місце реалізації та строки проведення заходів щодо медичної, професійної, соціальної реабілітації інваліда, проводити облік та оцінку ефективності її виконання та корегування у ході виконання;
- для реалізації реабілітаційних заходів, передбачених у ІПР, в кожному регіоні створити спільно з реабілітаційними радами управлінь охорони здоров'я, управліннями праці та соціального захисту населення регіональні, міські та районні реєстри мережі реабілітаційних установ, затвердити їх держадміністраціями та розробити механізми їх взаємодії;
- для профілактики інвалідності та реалізації медичної частини ІПР вирішити питання на рівні управлінь охорони здоров'я держадміністрацій про створення в лікувально-профілактичних закладах та реабілітаційних установах реабілітаційних комісій, а також виїзних реабілітаційних бригад для надання реабілітаційної допомоги інвалідам, які мешкають у сільській місцевості;
- в усіх регіонах службі медико-соціальної експертизи налагодити співробітництво з питань професійної реабілітації інвалідів з усіма органами, які задіяні в системі професійної реабілітації інвалідів (центри зайнятості, органи праці та соціального захисту населення, Фонд соціального захисту інвалідів, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, центри професійної та соціально-трудової реабілітації інвалідів, підприємства громадських організацій інвалідів, підприємства, установи, організації всіх форм власності);
- для експертизи професійної придатності інвалідів залучати до роботи МСЕК фахівців з інженерної психології (психології праці) та психології професійного відбору, педагогічних працівників, які займаються навчанням і професійною підготовкою інвалідів, спеціалістів державної служби зайнятості;
- впроваджувати у практичну роботу з реабілітації інвалідів науково-методичні розробки Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності та Українського державного НДІ реабілітації з обґрунтованого складання ІПР та методів реабілітації;
- здійснювати організацію робіт щодо комплексного вивчення виробничих, медичних, психологічних, екологічних, соціальних причин виникнення інвалідності, її рівня та динаміки;
- підвищити рівень використання сучасних технологій при взаємодії з лікувально-профілактичними і медико-соціальними установами.

2.10. Порівняльний аналіз стану здоров'я населення України з іншими країнами Європи за даними моніторингу ЗДВ

ВООЗ у 1998 р. прийняла програму «Здоров'я для всіх у 21-му столітті», в якій накреслила глобальні пріоритети та основні завдання, котрі повинні забезпечити у всесвітньому масштабі можливості досягнення і підтримання найбільш високого рівня здоров'я протягом усього життєвого циклу. Саме за показником рівня здоров'я населення міжнародні експерти ООН, ВООЗ зараз проводять порівняльний вимір ступеня сталого розвитку тих чи інших країн. Хоча формально цей документ стосується тільки країн Європи, він визначає основні напрями зусиль усіх розвинених країн світу щодо проблем здоров'я. Для її реалізації розроблено 21 завдання. Деякі з них представлені на табл. 2.10.1.

Таблиця 2.10.1

Завдання ВООЗ щодо досягнення ЗДВ-21

Показник	Зміст завдання	Рік
Завдання 2 – Рівність у питаннях охорони здоров'я		
Різні соціально-економічні групи	Скорочення СОТЖ не менше ніж на 25%	до 2020 р.
Завдання 3 – Здоровий початок життя		
Країни з маляковою смертністю наразі більшою 20‰	Показник малякової смертності – не більше 20‰	до 2020 р.
Країни з маляковою смертністю наразі меншою 20‰	До 10‰	до 2020 р.
Діти до 5 років	Зменшення не менше ніж на 50% смертності та інвалідності, що пов'язані з нещасними випадками	до 2020 р.
Завдання 7 – Зменшення поширеності інфекційних хвороб		
Кір	Ліквідація в регіоні Сертифікація ліквідації кору у кожній країні	до 2007 р. до 2010 р.
Дифтерія	Поширеність – не більше 0,1/100 тис.	до 2010 р.
Кашлюк, епідемічний паротит	Поширеність – менше 1/100 тис.	до 2010 р.
Завдання 8 – Зменшення поширеності неінфекційних захворювань		
Особи віком до 65 років	Зменшення показників смертності на 40%	до 2020 р.
	Зменшення смертності від раку на 15%, від раку легенів – на 25%	до 2020 р.
Завдання 11 – Більш здоровий спосіб життя		
Усі верства населення	Повинні прийняти більш здоровий спосіб життя	до 2015 р.
Завдання 12 – Зменшення тягаря, що спричиняє алкоголь, засобами, що викликають залежність, та тютюном		
<i>Алкоголь</i>		
Група населення (вік)	Споживання алкоголю:	
особи старші 15 років	до 6,0 л на рік	до 2015
особи до 15 років	невживання алкоголю	до 2015
<i>Куріння</i>		
Група населення (вік)	% некурців:	
особи старші 15 років	не менше 80,0%	до 2015
особи до 15 років	майже 100,0 %	до 2015

Для кожного із завдань запропоновано показники для його виконання. Передбачається, що вони будуть адаптовані до конкретних умов кожної країни з урахуванням її потреб та можливостей на всіх рівнях – національному, обласному та місцевому. Тим самим рівень вирішення зазначених завдань є мірилом оцінки досягнень охорони здоров'я в певній місцевій громаді, країні, регіоні в цілому.

Порівняльний аналіз стану здоров'я населення України за даними моніторингу ЗДВ проведено на підставі Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» (червень 2007 р.). З цією метою використано відносні (екстенсивні, інтенсивні) показники.

Виявлялася основна тенденція індикатора, що вивчався, при необхідності шляхом застосування методів вирівнювання динамічних рядів, зокрема згладжування групової або змінної середньої.

Динаміку проаналізованих показників здоров'я населення за період 2001–2005 рр. (позитивна, негативна) відображено у таблиці 2.10.2.

Таблиця 2.10.2

Динаміка індикаторів здоров'я населення в Україні у 2001–2005 рр.

Група індикаторів	Динаміка показників	
	позитивна	негативна
Смертність	143	103
Захворюваність, інвалідність та госпіталізація	19	30
Спосіб життя	3	16
Ресурси здоров'я	26	6
Діяльність і витрати охорони здоров'я	30	9
Здоров'я матері та дитини	14	7
Усього	235	171

У базі даних ВООЗ у переважній більшості подано індикатори до 2005 р. включно, однак окремі з них наведені до 2003 р., 2004 р. або до 2006 р.

Таким чином, за майже 43% індикаторів спостерігається негативна динаміка. Серед груп індикаторів найгірша вона щодо способу життя, захворюваності та смертності.

Порівняно з країнами ЄС та Європейським регіоном в цілому Україна значно поступається їм за кількістю індикаторів здоров'я, у яких спостерігається позитивна динаміка (табл. 2.10.3).

Таким чином, кількість українських індикаторів з позитивною тенденцією у 1,4 разу менша порівняно з країнами ЄС і майже у 2,7 разу більша – з негативною тенденцією. Українських індикаторів групи смертності з негативною тенденцією утричі більше порівняно з країнами ЄС.

Щодо індикаторів з ресурсів здоров'я в Україні кількість показників з позитивною тенденцією дещо більша, ніж у країнах ЄС та загальноєвропейських. Пояснюється це тим, що в Україні у зв'язку з переорієнтацією медичної допомоги на ПМСД зменшуються як кількість лікарень загалом, так і лікарень нехронічного профілю (короткотермінового перебування), лікарняних ліжок у цих закладах (терапевтичних, акушерсько-гінекологічних, педіатричних тощо) та навпаки – зростає кількість лікарів загальної практики, лікарів-стоматологів тощо.

Порівняльна динаміка українських індикаторів з аналогічними показниками країн ЄС та загальноєвропейськими

Група індикаторів	Динаміка показників					
	позитивна			негативна		
	Україна	Євро-пейський регіон	ЄС	Україна	Євро-пейський регіон	ЄС
Смертність	139	183	206	99	55	32
Захворюваність, інвалідність та госпіталізація*	15	23	25	23	15	10
Спосіб життя**	3	10	12	11	4	2
Ресурси здоров'я***	18	17	17	4	5	5
Діяльність та витрати охорони здоров'я****	26	28	30	5	3	1
Здоров'я матері та дитини****	9	10	8	5	4	6
Усього	210	271	298	147	86	56

*Відсутні дані за 10 індикаторами країн ЄС і Європейського регіону.

**Відсутні дані за 5 індикаторами країн ЄС та Європейського регіону.

***Відсутні дані за 10 індикаторами країн ЄС та Європейського регіону.

****Відсутні дані за 7 індикаторами країн ЄС та Європейського регіону.

Незважаючи на позитивну динаміку значної кількості індикаторів, Україна за переважною більшістю показників дуже поступається країнам ЄС (табл. 2.10.4).

З 276 індикаторів смертності та захворюваності 197 українських (більше 71%) вищі у понад 1,1 разу за відповідні показники країн ЄС. У групі індикаторів смертності навіть з позитивною динамікою 60 українських показників за своїм рівнем удвічі вищі за такі у країнах ЄС. До них належать, насамперед стандартизований коефіцієнт смертності (СКС) вбивств та навмисних травм серед чоловіків + 65 років (з розрахунку на 100 тис.) – у 10,1 разу вищий за такий у країнах ЄС (2005 р.), СКС вбивств та навмисних травм серед населення 65 років і старших – у 9,1 разу, СКС вбивств та навмисних травм серед населення 0–64 роки (чоловіки) та СКС вбивств та навмисних травм серед населення (чоловіки) – у 8,9 разу тощо.

Серед індикаторів смертності та захворюваності 93 з негативною динамікою в Україні із загальної кількості 119 (понад 78%) за своїм рівнем майже удвічі вищі за такі у країнах ЄС. Так, рівень захворюваності на СНІД (клінічний діагноз) на 100 тис. – у 7,1 разу вищий за країни ЄС (2006 р.), кількість нових випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. – у 4,94 разу, СКС хвороб кровообігу 0–64 років /100 тис.(загалом, чоловіки, жінки) – у 4,5–4,7 разу (2005 р.)

Серед головних завдань програми ЗДВ-21 фігурує скорочення очікуваної тривалості життя (ОТЖ) між різними соціально-економічними групами не менше ніж на 25%. Для оцінки здоров'я ОТЖ на сучасному етапі є одним з головних показників. У базі даних ВООЗ наведено 18 її індикаторів. На жаль, жоден з українських не має позитивної динаміки.

Таблиця 2.10.4

Порівняння величин індикаторів України з індикаторами країн ЄС*

Індикатор	Відношення рівнів показників України до показників країн ЄС (рази)						
	0,1–0,19	0,2–0,5	0,51–1,0	1,1–2,0	2,1–5,0	5,1–10,0	<10,0
<i>З позитивною динамікою</i>							
Смертність		11	32	36	48	11	1
Захворюваність, інвалідність та госпіталізація**	1	1	2	3	2	2	1
Спосіб життя			2	1			
Ресурси здоров'я		1	3	10	4		
Діяльність та витрати охорони здоров'я	3	4	7	11	1		
Здоров'я матері та дитини			2	6	1		
Усього	4	17	49	68	55	13	1
<i>З негативною динамікою</i>							
Смертність	3	1	18	22	37	14	4
Захворюваність, інвалідність та госпіталізація			4	6	6	3	1
Спосіб життя	1	4	5	1			
Ресурси здоров'я			1	3			
Діяльність та витрати охорони здоров'я			2	3			
Здоров'я матері та дитини				5			
Усього	4	5	30	40	43	17	5

*Порівняння величин індикаторів проводилося за той останній рік, який подано у базі даних ЄРБ ВООЗ.

**Не враховано 2 індикатори України, які за останні роки однакові з країнами ЄС, а також 1 індикатор України, відношення якого до країн ЄС неможливо вирахувати (дорівнював "0"). Усі 3 індикатори віднесено до індикаторів з позитивною тенденцією. Також не враховано 3 українські індикатори з негативною динамікою через відсутність даних по країнах ЄС.

Водночас у країнах ЄС, навпаки, уже понад 10 років безперервно спостерігається їх зростання, тому розрив у рівнях показників ОТЖ між країнами ЄС та Україною зростає. Так, якщо у 2001 р. середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) при народженні (обох статей) дорівнювала в країнах ЄС 77,8 року, а в Україні, відповідно, 68,1 року (тобто різниця становила 9,7 року), то у 2005 р. ці показники дорівнювали 78,5 року, 67,3 року та 11,2 року. Або очікувана тривалість життя у віці 15 років (обох статей) у 2001 р. та 2005 р. дорівнювали 63,4 років і 64,1 років у країнах ЄС та 54,3 років і 53,4 років в Україні, а різниця між індикаторами країн ЄС та українськими – відповідно 9,1 років і 10,7 років

ЗДВ–21 поставило завдання перед європейською спільнотою різко зменшити поширеність інфекційних хвороб, зокрема дифтерії, кашлюка, кору тощо. Незважаючи на позитивну динаміку захворюваності на дифтерію (порівняно з 2001 р. показник з 0,5796 на 100 тис. зменшився до 0,1459 у 2006 р., тобто майже у 4 рази), індикатор України у 20,6 разу вищий за відповідний показник країн ЄС (у 2006 р. дорівнював 0,0071/100 тис.) та 1,5 разу вищий за норматив ВООЗ. Щодо паротиту, то, з одного

боку, у 2001–2006 рр. простежувалося зниження захворюваності (з 48,08/100 тис. до 7,99, тобто майже у 6 разів), однак з іншого – виконання відповідних рекомендацій ВООЗ (табл. 2.10.1) все же далекі від запланованих рівнів, які у 2006 р. в 6 разів перевищували завдання ВООЗ.

Щодо розділу з охорони здоров'я матері та дитини за своїм рівнем кількість українських індикаторів, кращих за такі у країнах ЄС та загальноєвропейські, значно більша порівняно з гіршими. Це відбулося за рахунок більшого охоплення населення відповідними профілактичними щепленнями (9 індикаторів). Водночас спостерігається невідповідність між значно кращим обсягом штучної імунізації населення (українські показники кращі за відповідні, наприклад, у країнах ЄС в 1,03–1,2 разу) та рівнем захворюваності на керовані інфекції в Україні. Так, в Україні протягом 2001–2006 рр. показник дітей, охоплених щепленнями проти дифтерії, коливався від 99,0% (2001 р.) до 98,0% (2006 р.) порівняно з країнами ЄС від 96,4% (2001 р.) до 95,0% (2006 р.). Незважаючи на це, рівень захворюваності на дифтерію в Україні у 2006 р. сягав 0,1459 на 100 тис. проти 0,0071 у країнах ЄС, тобто в 20,5 разу вище. Щепленням проти кору в 2001–2006 рр. охоплювалося від 99,0–98,4% дітей, які підлягали вакцинації в Україні, та 90,7–91,8% у країнах ЄС, однак захворюваність на кір становила у 2006 р. на 100 тис. 91,7 та 1,6 відповідно, тобто український показник був у 58,4 рази більшим. Щодо головних індикаторів, попри позитивну динаміку останніми роками, Україна все ще поступається країнам ЄС. Так, у 2005 р. показник частоти абортів на 1000 народжених живими був у 2,3 разу більшим, а за кількістю операцій кесарського розтину на 1000 народжених живими – у 1,8 разу меншим.

Серед індикаторів України з ресурсів здоров'я переважають ті, рівні яких вищі порівняно з країнами ЄС та загальноєвропейськими: 17 останніх з 22, тобто у 3,4 разу більше. Так, порівняно з країнами ЄС у 2006 р. в Україні була більшою кількістю (на 100 тис.): лікарень – майже у 1,9 разу, лікарняних ліжок – у 1,5 разу, акушерсько-гінекологічних ліжок – у 2,3 разу, педіатричних ліжок – майже у 3,9 разу, лікарів-педіатрів – у 3,4 разу тощо.

Щодо індикаторів групи способу життя звертає на себе увагу той факт, що майже усі українські, на відміну від країн ЄС та загальноєвропейських, мають негативну динаміку. На жаль, зберігається негативна динаміка щодо споживання міцних алкогольних напоїв: якщо у 2001 р. на 1 людину в рік (з розрахунку літрів чистого спирту) на горілку припадало 1,9 л, то у 2003 р. цей показник дорівнював 2,9 л, тобто зріс майже в 1,6 разу, що перевищує індикатор країн ЄС в 1,6 разу. Однак за своєю величиною більшість показників України поки що залишаються кращими порівняно з країнами ЄС. Насамперед це стосується щорічного споживання алкогольних напоїв на душу населення (з розрахунку літрів чистого спирту): у 2003 р. пива – у 2,3 разу менше, ніж у країнах ЄС, вина – у 5,9 разу, алкоголю – в 1,8 разу, алкоголю (особами від 15 років) – в 1,8 разу. Показники в Україні кращі щодо числа ДТП через алкогольне сп'яніння (в 3,3 разу менші), пов'язаних з травмами (у 2,8 разу), кількості травмованих чи загиблих у ДТП (у 2,9 разу менші).

Водночас при позитивній динаміці споживання фруктів та овочів нашим населенням цей показник у 2003 р. (кг/рік на 1 особу) був у 1,52 разу меншим. Споживання зернових продуктів (кг/рік на 1 особу) у зв'язку зі зростанням добробуту наших громадян має тенденцію до зменшення. Однак у 2003 р. порівняно з населенням країн ЄС ми споживали останніх в 1,2 разу більше.

Незважаючи на позитивну динаміку більшості індикаторів діяльності та витрат охорони здоров'я України, їх важко порівнювати з аналогічними показниками країн ЄС, тому що різниця дуже велика. Так, загальні витрати на охорону здоров'я (паритет купівельної спроможності у доларах США на душу населення), за оцінкою ВООЗ, у 2004 р. в Україні становили 427 дол. порівняно з 2334,34 дол. США в країнах ЄС, тобто у 10,5 разу менше. Державні витрати на охорону здоров'я (паритет купівельної спроможності у доларах США на душу населення), за оцінкою ВООЗ, у 2004 р. в Україні та країнах ЄС становили 242 дол. та 1778,21 дол. відповідно, тобто показник України дорівнював 0,14 показника країн ЄС. Загальні витрати на охорону здоров'я (% від ВВП) у 2005 р. в Україні були у 2,4 разу меншими порівняно з країнами ЄС: відповідно 3,64% і 8,84%. Водночас Україна ще й досі недостатньо ефективно використовує фінансові кошти на охорону здоров'я. За 6 останніх років фактично немає позитивних зрушень щодо переорієнтації зменшення витрат з високовартісної стаціонарної допомоги на ПМСД. Адже частка загальних витрат на стаціонарну допомогу від таких на охорону здоров'я за цей час фактично безперервно зростала: 63,5% – у 2001 р., 63,0% – у 2002 р., 63,0% – у 2003 р., 64,1% – у 2004 р., 76,7% – у 2005 р. і 73,3% – у 2006 р. Водночас результати діяльності галузі свідчать, що з окремих видів надання медичної допомоги майже не поступаємося країнам ЄС: СКС, апендицит (на 100 тис. усього нас.) – 0,85 від показника ЄС (2004 р.), СКС, апендицит, (на 100 тис. жіночого нас.) – 0,56, СКС, кила та кишкова непрохідність (на 100 тис. усього населення) – 0,36, СКС, кила та кишкова непрохідність (на 100 тис. чоловічого нас.) – 0,38, СКС, кила та кишкова непрохідність (на 100 тис. жіночого нас.) – 0,33 тощо.

Висновки. За більшістю з проаналізованих індикаторів здоров'я України у 2001–2005 рр. (майже 58%) спостерігалася позитивна динаміка.

Динаміка українських індикаторів порівняно з загальноєвропейськими та країнами ЄС значно гірша: кількість показників з позитивною тенденцією у 1,3 і 1,4 разу менша за такі у загальноєвропейських та країнах ЄС, а з негативною динамікою, навпаки – в 1,7 і 2,6 разу більша відповідно.

Індикатори щодо очікуваної тривалості життя, які на сучасному етапі є головними для оцінки здоров'я населення, не мають тенденції до поліпшення. Навпаки, спостерігається тенденція до зростання розриву у рівнях цих показників між країнами ЄС та Україною.

Переважає більшість українських індикаторів смертності та захворюваності (більше 71%) за своїм рівнем вищі понад в 1,1 разу за відповідні показники країн ЄС.

Завдання ВООЗ стосовно зменшення поширеності інфекційних хвороб, насамперед ліквідації кору, різкого зменшення захворюваності на дифтерію, кашлюк тощо не виконуються.

Тенденції до зростання поширеності майже всіх показників нездорового способу життя свідчать про відсутність сьогодні виваженої державної політики у сфері формування ЗСЖ серед широких верств населення, формалізм її проведення усіма інституціями країни тощо.

Невідповідність між досить значним охопленням штучною імунізацією різних верств населення та її результатами порівняно з аналогічними даними країн ЄС свідчить про суттєві недоліки в організації та проведенні роботи щодо щеплення різних верств населення проти керованих інфекцій.

Незважаючи на те, що у фінансуванні галузі перевага все ще надається більш високовартісній стаціонарній допомозі, поступово відбувається переорієнтація медичної допомоги на ПМСД.

Таким чином, Україні сьогодні щодо головних завдань ЗДВ–21 не вдалося досягнути позитивних результатів.