

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**СУЧАСНІ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ
ПРОБЛЕМИ УКРАЇНИ
ТА ШЛЯХИ ЇХ РІШЕННЯ**

Колективна монографія

За заг. ред. проф. І.С. Миронюка та проф. Г.О. Слабкого

Ужгород
2025

УДК 61:314.1:167.1(477)(02.064)

С 91

Сучасні медико-демографічні проблеми України та шляхи їх вирішення: колективна монографія / за заг. ред. проф. І.С. Миронюка та проф. Г.О. Слабкого. – Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2025. 208 с. ISBN 978-617-8321-47-5

У монографії розглянуто актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні, її особливості в умовах реформування, теоретичні та практичні аспекти діяльності під час воєнного стану та в мирний час. Висвітлено різноманітні аспекти громадського здоров'я на сучасному етапі: оцінка якості медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я, виклики та перспективи реформування, питання безперервної освіти лікарів, сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні, розвиток доказової медицини.

Монографія призначена для науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів, студентів, аспірантів, лікарів різних фахів та широкого кола науковців, які цікавляться питаннями розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

***Рекомендовано до друку та опублікування
Вченою Радою Ужгородського національного університету
(протокол № 13 від 26 грудня 2024 року)***

Рецензенти:

Любінець Олег Володимирвич, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д.Галицького

Короп Олег Андрійович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету

ISBN 978-617-8321-47-5

© УжНУ, 2025

© Автори статей, 2025

ЗМІСТ

Балашов К., Могільницький А., Шевченко Л.Г., Туряниця С., Петренко Г., Пасенко М., Горєлова Т., Новіцька Н., Гульчій О. Потреба у фізичній реабілітації та спроможності для її задоволення: шляхи повоєнного посилення системи охорони здоров'я	5
Біляк М.В. Детермінанти поведінкового характеру викликані війною проти російської військової агресії та їх вплив на формування громадського здоров'я населення України і мінімізація рівня їх негативного впливу	21
Брехлічук П.П. Особливості та основні аспекти фахової підготовки стоматологів з питань судово-медичної експертизи та судово-медичної ідентифікації	28
Брич В.В., Антал Н.М. Окремі аспекти промоції грудного вигодовування в світі та Україні	35
Брич В.В., Дудаш Г.В. Формування у підлітків переконань щодо здоров'я та здорового способу життя як елемент промоції здоров'я	41
Брич В.В., Чік В.М. Тенденції міграції населення України внаслідок війни та їхній вплив на демографічну ситуацію	48
Брич В.В., Шепелла Г.Л. Низький рівень фізичної активності дітей як глобальна проблема громадського здоров'я України	54
Голованова І.А., Ляхова Н.О., Подвін А.М., Краснова О.І. Виникнення сколіозу у дітей шкільного віку як медико-соціальна проблема	60
Зюзін В. О., Савельєв А. О., Фролов Ю. А. Злоякісні новоутворення як медико-демографічна проблема	70
Ігнатко В.Я. Світовий та національний досвід організації медичної допомоги жінкам із раком молочної залози	76
Любінець О., Мілашовська В. Медико-демографічні процеси в Мукачівському районі Закарпатської області на тлі адміністративно-територіальних змін	84
Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Рябінчук М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року як шлях до удосконалення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я	96
Бондаренко Д.А., Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Дудник С.В. Вплив війни проти російської військової агресії на санітарно-епідемічну ситуацію, захворюваність населення на інфекційні хвороби та стан ресурсів з надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби: Одеська область	104

Торгачов М., Медведовська Н., Слабкий Г., Фейса І., Лопіт В. Вплив війни проти російської військової агресії на санітарно-епідемічну ситуацію, захворюваність населення на інфекційні хвороби та стан організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби: Сумська область	115
Пішковці В.М. Вплив війни проти російської військової агресії на структуру стоматологічної служби системи охорони здоров'я МОЗ України	126
Подольський Вл.В., Стовбан І.В., Подольський В.В., Медведовська Н.В. Фактори ризику порушення сексуального та репродуктивного здоров'я населення, результати їх вивчення в різних країнах світу	132
Прокопів М.М., Окунєва С-М. С. Епідеміологія мозкових інсультів серед дорослого населення м. Києва у довоєнний період та під час війни проти російської воєнної агресії	139
Рогожин Б.А., Сердюк О.І., Просолєнко Н.В. Актуальні питання фінансової моделі системи охорони здоров'я України	142
Махота Л.С., Слабкий Г.О., Білак - Лук'янчук В.Й., Ластовецький С.В. Вплив війни проти російської військової агресії на санітарно-епідемічну ситуацію, захворюваність населення на інфекційні хвороби та стан організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби: Харківська область	155
Асатурова Н.М., Слабкий Г.О., Качур О.Ю. Вплив війни проти російської військової агресії на санітарно-епідемічну ситуацію, захворюваність населення на інфекційні хвороби та стан організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби: Херсонська область	166
Савчук Р. М., Слабкий Г.О., Медведовська Н.В., Фейса І.І. Вплив війни проти російської військової агресії на санітарно-епідемічну ситуацію, захворюваність населення на інфекційні хвороби та стан організації спеціалізованої медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби: Івано-Франківська область	174
Фейса С.В. Особливості корекції харчового раціону пацієнтів із цирозом печінки	186
Хасілева А.О. Вплив війни проти російської воєнної агресії на стан ресурсного забезпечення системи МОЗ України з надання офтальмологічної допомоги дитячому населенню	197

Брич В.В.,
доктор медичних наук, доцент,
професор кафедри наук про здоров'я
Дудаш Г. В.,
аспірантка

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ФОРМУВАННЯ У ПІДЛІТКІВ ПЕРЕКОНАНЬ ЩОДО ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я

Питання промоції здоров'я та здорового способу життя в сучасному світі стають дедалі актуальнішими через швидкий темп життя населення, значне поширення екологічних проблем та захворювань, зокрема хронічних неінфекційних: серцево-судинних, респіраторних, онкологічних, цукрового діабету та інших. Вказані хвороби не тільки значно знижують якість життя людей, але й призводять до значних демографічних і економічних втрат країни. Однією з важливих причин виникнення такої ситуації є спосіб життя населення, який призводить до гіподинамії, надлишкової маси тіла та ожиріння, порушень з боку опорно-рухового апарату, поширення шкідливих звичок. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів завдають значної шкоди здоров'ю людини, а особливо молоді [1]. Водночас значний вплив мають і негативні зміни екологічної ситуації, пов'язані з забрудненням води, повітря, ґрунту та технологічним розвитком. Все це вимагає постійних та регулярних ефективних заходів програм промоції здоров'я як серед населення загалом, так і окремих більш уразливих груп.

Досить уразливою групою можна вважати підлітків, оскільки вони часто самі завдають шкоди власному здоров'ю і легко потрапляють під небезпечний і руйнівний вплив соціуму, представленого друзями й однолітками. Проте важливо враховувати й зміни сучасного світу з новими правилами та нормами поведінки, що зумовлюють перегляд представниками молодого покоління базових цінностей, моральних орієнтацій та планування майбутнього життя й діяльності. Підлітки стають дедалі більш самостійними і створюють власну соціальну проактивність, зорієнтовану на засвоєння важливих моделей та зразків поведінки й цінностей, на побудову стосунків з дорослими та однолітками [2]. Сформована в цей час поведінка має значний вплив на події та стан здоров'я протягом усього життя. Тому цей період слід виокремити як особливо важливий для реалізації заходів промоції здоров'я й здорового способу життя, профілактики шкідливих звичок та розвитку захворювань.

Підлітків слід розглядати як основну демографічну силу, яка формуватиме майбутнє країни, що зумовлює необхідність більшої уваги до покращення здоров'я осіб саме цієї вікової групи. В Україні з метою збереження та зміцнення здоров'я дітей і молоді розроблено та схвалено Національну стратегію державної молодіжної політики до 2030 року, в якій

визначено напрямки промоції здоров'я, зокрема формування навичок здорового способу життя, розвиток та збереження фізичної культури, культури здорового харчування та психогігієни [3]. Проте для розробки та впровадження ефективних заходів потрібно врахувати воєнні дії росії проти України, що створюють подвійне навантаження на підлітків і зумовлюють потребу збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління [4].

Основною метою всіх заходів промоції здоров'я визначають покращення здоров'я як населення загалом, так і окремих його груп. Оттавська хартія (1986) розглядає промоцію здоров'я як процес створення можливості для окремих осіб та громад покращити здоров'я та посилити контроль над ним [5]. Але часто промоцію здоров'я ототожнюють із санітарною освітою, що має на меті реалізацію освітніх заходів на основі широкого спектру різних наук (біологічних, екологічних, психологічних, фізичних, медичних), спрямованих на добровільну зміну поведінки на більш здорову [6].

Отже, одним з завдань держави постає необхідність забезпечення населення доступністю та можливістю вільного вибору здорового способу життя [7]. Це потребує постійного розгляду, опрацювання та розробки нових ефективних методів та засобів промоції здоров'я з адаптацією до особливостей конкретних груп населення кожної країни та регіону.

Формування переконань підлітків щодо здоров'я та здорового способу життя можна розглядати як компонент промоції здоров'я. Для цього слід адаптувати основні стратегії промоції здоров'я – сприяння, посередництво, адвокацію [8] – до роботи з указаною групою (табл.1).

Таблиця 1

Формування переконань підлітків щодо здоров'я та здорового способу життя через призму стратегій промоції здоров'я

№ з/п	Стратегія	Зміст
1	Сприяння	діяльність зі збереження та зміцнення здоров'я, що передбачає формування у підлітків стійких переконань щодо здоров'я та ЗСЖ шляхом забезпечення їм однакових доступу до можливостей і ресурсів для реалізації власного потенціалу здоров'я
2	Посередництво	діяльність зі збереження та зміцнення здоров'я, що передбачає формування у підлітків стійких переконань щодо здоров'я та ЗСЖ через реалізацію комплексних заходів при налагодженій співпраці різних сфер і галузей: освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення, громадськості тощо
3	Адвокація	діяльність зі збереження та зміцнення здоров'я, що передбачає формування у підлітків стійких переконань щодо здоров'я та ЗСЖ через створення сприятливого для них середовища з урахуванням наявних та бажаних політичних, економічних, соціальних, культурних, екологічних, поведінкових та біологічних факторів, які за різних умов можуть мати позитивний чи негативний впливи

Отже, з метою формування переконань підлітків щодо здоров'я та здорового способу життя потрібно створити для них не тільки сприятливе для здоров'я середовище з урахуванням характерних наявних чи потенційних факторів впливу, а й сформувані за участі представників різних галузей бажання використати це середовище та знання й навички для збереження та зміцнення власного здоров'я в майбутньому. Загалом для реалізації програм промоції здоров'я використовують різні підходи: медичний, поведінковий та освітній, розширення повноважень та підхід соціальних змін [8, 9]. Всі підходи мають потенціал для впровадження серед осіб у підлітковому віці і передбачають залучення різноманітних методів і засобів формування та зміцнення навичок, які позитивно впливають на здоров'я.

Обраними методами можна впливати індивідуально на окремих осіб та одночасно загалом на певну групу населення, зокрема нашу цільову групу – підлітків. Залежно від вибору індивідуальних чи соціальних методів використовуються різні інструменти, які водночас тісно взаємозв'язані та функціонально взаємозалежні. До інструментів індивідуальних методів, що спрямовані на зміну поведінки та звичок підлітків, переважно відносимо такі: консультування, освітні заходи, мотиваційні програми. До соціальних методів, що дозволяють створити сприятливе середовище для ведення здорового способу життя, включаємо комплексні соціальні програми, створення рекреаційної та спортивної інфраструктури, промоційні заходи у соціальних мережах і засобах масової інформації (ЗМІ) тощо.

Однак для досягнення ефективності програми промоції здорового способу життя необхідно зважати на специфічні потреби та виклики окремих вікових груп. При роботі з підлітками важливо враховувати вплив на формування у них переконань таких факторів: родини (культура здоров'я батьків, братів, сестер, бабусь, дідусів), соціального середовища (друзі, однолітки), ЗМІ та інтернет-ресурсів (соціальні мережі, блогери), навчального закладу (вихователі, вчителі, освітні програми, виховні заходи) (рис. 1).

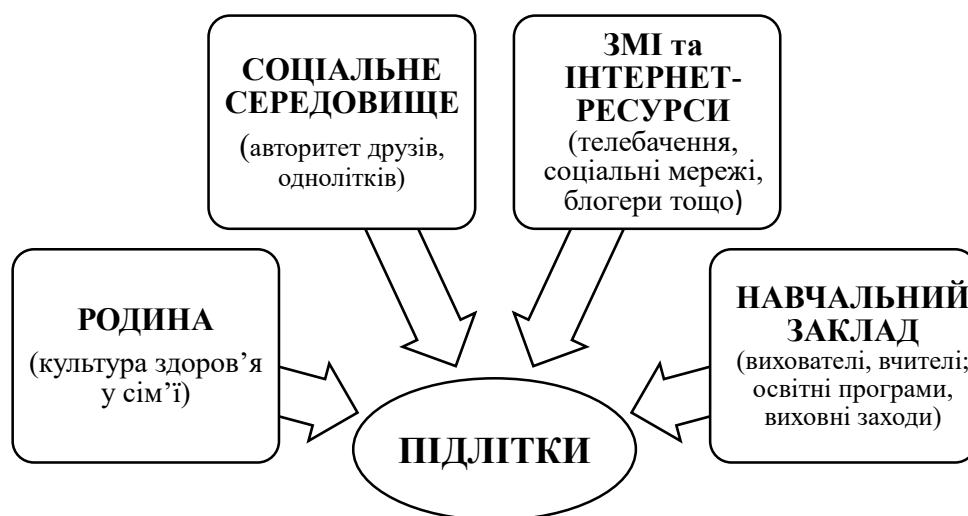


Рис.1. Можливі фактори впливу на підлітків

Слід враховувати, що для підліткового віку характерні бажання отримувати знаки поваги та розуміння від соціального оточення, зокрема родини, однолітків та педагогів. Традиційні профілактичні програми часто можуть працювати проти цього прагнення. Проте використання ефективних інноваційних заходів дозволяє молодим людям робити вибір на користь власному здоров'ю протягом тривалого життя та водночас дає можливість відчувати повагу й бажаний статус в суспільстві в реальному часі.

Останнім часом пріоритетним є залучення для реалізації соціальних методів промоції здоров'я, особливо серед підлітків, нових технологій: інтернет-сайтів, мобільних додатків, соціальних мереж, гейміфікації. Проте важливо, що такі засоби дозволяють використання не тільки групового впливу, а й персоналізованого підходу до окремих осіб – через розробку індивідуальних програм ЗСЖ з урахуванням потреб та особливостей кожної людини.

Сучасні цифрові технології можуть слугувати ефективними інструментами для формування мотивації підлітків до дотримання здорових звичок. Наприклад, мобільні додатки, фітнес-трекери та онлайн-платформи дають змогу підліткам відстежувати свою щоденну фізичну активність, кількість спожитих калорій, склад їжі, яку вживають, час та якість сну, кількість випитої рідини. Такі цифрові застосунки можуть допомогти молодим людям відстежувати, усвідомлювати свої звички та покращувати їх [10]. Одним із новітніх підходів є гейміфікація – використання ігрових елементів для мотивації людей до ведення здорового способу життя. Окремо виділяють підхід залучення громадськості, який дозволяє створювати групи підтримки, проводити заходи з промоції здорового способу життя серед конкретних цільових аудиторій [11].

Для забезпечення ефективності заходів з промоції здоров'я серед підлітків потрібно мати на меті зміну їхньої поведінки на більш здорову через три взаємопов'язані елементи: інформаційний, мотиваційний і діяльнісний (рис. 2).

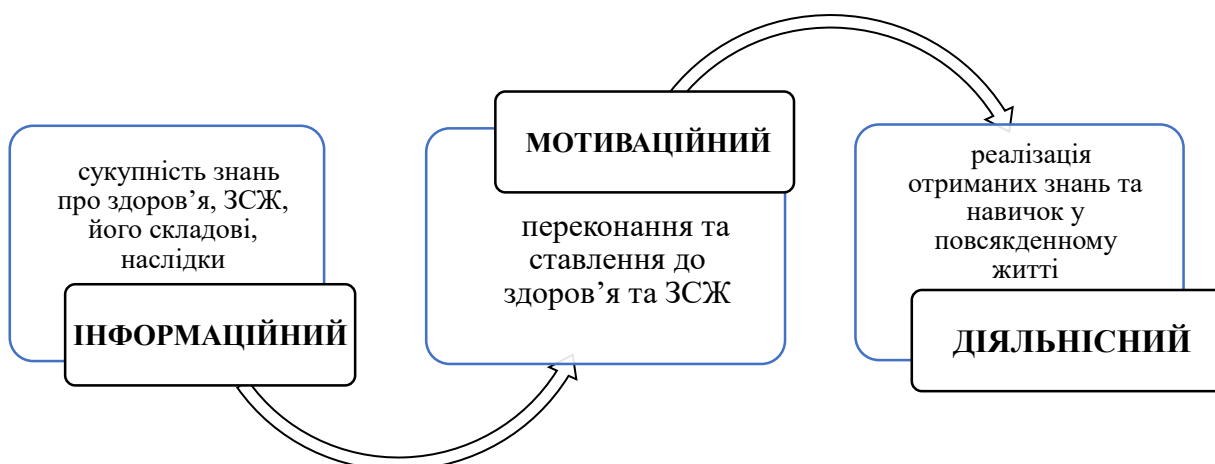


Рис. 2. Елементи впливу на зміну поведінки підлітків на більш здорову

Тобто, з метою формування здорового способу життя необхідно надати достовірну інформацію про здоров'я та методи його збереження, сформувати відповідні переконання щодо необхідності здоров'я чи змінити ставлення до способу життя, що дозволить підліткам набути відповідні життєві навички та використовувати їх у повсякденному житті. Найбільш активно при проведенні заходів з промоції здоров'я серед підлітків використовують інформаційний елемент, найменш задіяний – мотиваційний, що, ймовірно, й призводить до недостатнього результату діяльнісного елементу та, відповідно, низького рівня використання знань і навичок збереження та зміцнення здоров'я в майбутньому. Інформація, якою володіє підліток, при поєднанні з особистим досвідом та нашаруванні на зміну ставлення і переконань щодо здоров'я, може стимулювати одночасно до набуття нових здорових навичок та відмови від уже наявних шкідливих звичок. Мотиваційний елемент діяльності з промоції здоров'я серед підлітків стимулює їхню активність та спрямованість, але залежить від фізіологічного стану організму та засвоєної інформації. Отже, результати повсякденної діяльності підлітків залежать від інформації про здоров'я та здоровий спосіб життя та сформованих у них позитивних переконань і мотивації до поведінки, спрямованої на зміцнення здоров'я.

Під час планування будь-яких освітніх, інформаційних заходів чи кампаній важливо врахувати психологічні особливості підлітків та теорії поведінки. Часто в одній програмі можуть застосовуватися кілька теорій поведінки. Єжова О.О. виокремлює три групи теорій поведінки, що найбільш ефективні для використання у промоції здоров'я підлітків: мотиваційні, стадійні та моделі взаємодії-комунікації [12]. У групі мотиваційних наведено теорію переконань щодо ставлення до здоров'я (Health belief model), теорію запланованої поведінки (The Theory of Planned Behavior), теорію мотивації захисту (Protection motivation theory), соціально-когнітивну теорію (Social learning theory). У другій групі – модель стадійних змін у поведінці (Stages of Change Model), третій — модель інформації–мотивації–поведінкових навичок (Information-Motivation-Behavioral Skills Model) [12]. Під час розробки заходів та програм промоції здоров'я серед підлітків слід використовувати положення тих теорій чи моделей, які передбачають відповідні чинники формування поведінки цільової групи.

Важливу роль у формуванні переконань підлітків щодо здорового способу життя відграють форми, засоби, технології, що використовуються у промоції здоров'я. Активні та інтерактивні технології є сучасними та ефективними методами формування ціннісного ставлення до здоров'я, відповідальності за власне здоров'я та здоров'я соціального оточення. Завдяки міжособистісній взаємодії учасники освітнього або інформаційного процесу мають можливість з більшою усвідомленістю та глибшим розумінням знань перетворити засвоєну інформацію у переконання та спонукання змінити звичну модель поведінки або сформувати нову [12]. Використання інтерактивних форм промоції здоров'я, коли всі учасники інформаційно-виховного процесу взаємодіють між собою, більш цікаве та дозволяє більш глибоко усвідомити вплив власних рішень на формування здоров'я в

реальному часі та майбутньому. До таких форм можна віднести рольові ігри, обговорення реальних ситуацій, групові дискусії, дебати на теми про здоров'я, здоровий спосіб життя, захворювання, ризиковану поведінку. Реалізовувати програми з використанням вказаних форм можуть педагоги, фахівці з громадського здоров'я, лікарі чи інші зацікавлені особи, які мають достатній рівень не тільки знань за відповідною тематикою, а й навичок фасилітації відповідних процесів серед представників цільової групи.

Оскільки одним з важливих факторів впливу на підлітків є їхнє соціальне оточення, представлене однолітками та друзями, ефективним може бути створення сприятливого для формування здоров'я соціального середовища, що передбачатиме спілкування, обмін думками і досвідом між ними. Це можуть бути такі собі соціальні спільноти здоров'я та здорового способу життя, де молоді люди можуть обговорювати свої досягнення та труднощі без оцінки дорослих. Спілкування в межах таких спільнот можливе наживо або ж з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних каналів.

Допомогти підліткам зрозуміти, що здоровий спосіб життя є важливим і досяжним для кожного, можуть публічні особи та знаменитості. Наприклад, можна залучати відомих спортсменів, акторів, блогерів, громадських діячів або інших публічних осіб. Вони можуть слугувати прикладом для підлітків, демонструючи важливість здорового способу життя. Таких осіб можна запрошувати для проведення лекцій, майстер-класів або мотиваційних зустрічей [13]. Діяльність у такій формі дозволить стимулювати саме мотиваційний елемент впливу на зміну поведінки підлітків в сторону більш здорової та забезпечити більш сталий ефект діяльнісного елементу.

Отже, промоція здоров'я як одна зі стратегій охорони здоров'я відіграє важливу роль для підтримки здоров'я та благополуччя як усього населення, так і його окремих груп. З метою досягнення високого рівня ефективності програм промоції здоров'я слід враховувати специфічні потреби та виклики відповідних вікових груп. Формування переконань підлітків щодо здоров'я та здорового способу життя є частиною промоції здоров'я, що зумовлює потребу враховувати всі визначені для цієї стратегії підходи, методи, форми, засоби та інструменти. Водночас превентивна щодо порушень здоров'я робота з підлітками вимагає використання актуальних знань щодо психологічних особливостей дітей, моделей змін поведінки, популярних серед молоді сучасних інформаційно-комунікаційних засобів; залучення лідерських здібностей дорослих та представників обраної цільової групи, розробки програм з їх участю; консолідації представників різних сфер, дотичних до життя підлітків, у процесі розробки та створення заходів промоції здоров'я, зокрема і формування переконань щодо здоров'я та здорового способу життя.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Health.gov. Physical Activity Guidelines for Americans. 2018. URL: <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/physical-activity-guidelines>
2. Даниленко А.В. До питання про формування у підлітків мотивації до здорового способу життя. Соціальна робота в громаді: сучасні виклики та перспективи розвитку. Дніпро : ДНУ імені Олеся Гончара; 2023. 288 с.
3. Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року: Указ Президента України від 12 березня 2021 р. № 94/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94/2021#n13>
4. Дудаш Г.В., Брич В.В. Переконавання підлітків як елемент формування поведінки, що сприяє здоровому способу життя. *Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку*: матеріали Четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я (21–23 верес. 2022 р.). Тернопіль: ТНМУ, 2022. С. 15-16.
5. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe. 1998. 5 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/349652>
6. Hou S-I. Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. *Health Promotion Practice*. 2014. Vol. 15, no. 5. P. 619–621. DOI:10.1177/1524839914538045.
7. Дудаш Г.В., Брич В.В. Окремі аспекти характеристики бази наукового дослідження переконань і поведінки підлітків, що сприяють їх здоровому способу життя. Матеріали 77-ої підсумкової наук. конф. професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (27-28 лютого). Ужгород: УжНУ, 2023. С. 43-45.
8. Tochukwu Sibeudu F. Health Promotion. Primary Health Care. IntechOpen; 2022. DOI: 10.5772/intechopen.101933.
9. Naidoo J., Wills J. Foundations for Health Promotion E-Book. Elsevier - Health Sciences Division, 2009. 328 p.
10. NHS. Healthy eating. 2021. URL: <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well>
11. Литвинова О., Кушнірук О. Менеджмент промоції здорового способу життя. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 3 (3). С. 1-14.
12. Єжова О. О. Психолого-педагогічні засади промоції здоров'я підлітків. *Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків*: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (17-18 грудня 2020 р.). Охорона здоров'я дітей та підлітків: український міжвідомчий збірник. 2020. №1. С. 98-99.
13. Mayo Clinic. Healthy Lifestyle. 2020. URL: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle>

Брич В.В.,
доктор медичних наук, доцент,
професор кафедри наук про здоров'я
Чік В.М.,
аспірант

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ТЕНДЕНЦІЇ МІГРАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА ДЕМОГРАФІЧНУ СИТУАЦІЮ

Війна, що відбувається на території України, вплинула не лише на різні аспекти повсякденного життя населення, а й спровокувала міграційні процеси, що справляють значний вплив на демографічну ситуацію в країні. З лютого 2022 року понад вісім мільйонів громадян України вимушено покинули її територію, що призвело до різкого зменшення чисельності населення та стало каталізатором значного демографічного скорочення в майбутньому [1]. Цей масовий виїзд населення, ймовірно, можна вважати одним з найбільших гуманітарних викликів, з якими зіткнулася Україна за останні десятиліття. Його наслідки в країні будуть відчутними протягом багатьох років. Вимушена масова міграція українців унаслідок війни загострила проблеми бідності людей, соціального сирітства, спровокувала нові ризики змін статеві-вікової та шлюбно-сімейної структури населення [2]. Основними негативними медико-демографічними наслідками війни в Україні вважають зростання рівнів захворюваності населення, психологічних та психічних проблем, загальної та передчасної смертності населення, вимушеної міграції [3].

Невтішні прогнози щодо демографічної ситуації в Україні демонструють, що за оптимістичним прогнозом, з врахуванням повернення біженців, населення держави може скоротитися на 21% до 2052 року, а за песимістичним – передбачається скорочення на 31% [4]. Такі прогнози вказують на подальше поглиблення демографічної кризи в Україні за відсутності термінових ефективних заходів. Імовірно, це призведе до дефіциту робочої сили, старіння населення, перевантаження наявного працездатного населення, збільшення захворюваності, інвалідності, смертності та зниження економічного потенціалу країни.

Певна кількість тих, хто виїхав з України, не планує повертатися, що частково пов'язано з кращими в порівнянні з минулими умовами життя та можливістю нескладної інтеграції в окремих країнах Європи. Це свідчить про те, що для частини українців еміграція стала не тимчасовим рішенням, а довгостроковою перспективою. Українці віддають перевагу життю за межами України через безпечні умови проживання, кращі рівень та якість життя, можливість розвиватися та заробляти. Ці фактори є ключовими при ухваленні рішення про повернення або виїзд за межі України. З метою заохочення українців до повернення додому необхідно створити в країні загалом та в регіонах зокрема такі умови, що були б конкурентними щодо до тих країн,

куди українці емігрували. За даними Міжнародної організації з міграції (МОМ), станом на 2023 рік кількість репатріантів, тобто тих, хто повернувся на Батьківщину, склала лише 13,75% з понад 8 мільйонів громадян, які виїхали [5]. Така низька частка репатріантів свідчить про те, що процес повернення українців є досить складним і тривалим. Імовірно, головним чином це пов'язано з постійними воєнними діями на території України, нестабільністю ситуації, економічними труднощами та відсутністю перспектив для безпечного життя і розвитку.

Тенденція зменшення популяції може загрожувати подальшому економічному відновленню держави в основному через виїзд значної кількості працездатного населення за кордон [6]. Внаслідок цього Україна зіштовхується з новими викликами, зокрема старінням населення, зменшенням кількості робочої сили та зниженням можливостей для повноцінного розвитку соціальної інфраструктури. Подолання цих проблем потребує ґрунтовної розробки та впровадження комплексу заходів, спрямованих на стимулювання народжуваності, створення нових робочих місць, покращення якості життя і рівня освіти, вдосконалення системи надання ефективних медичних, соціальних і реабілітаційних послуг, розбудови інфраструктури та залучення інвестицій на рівні всієї країни та територіальних громад.

Уряд України та численні міжнародні організації зараз активно розробляють та впроваджують стратегії для підтримки біженців та працюють над сприянням їхньому поверненню, водночас проводиться робота для стабілізації демографічної ситуації в країні [7]. Ці заходи є важливими, але їх недостатньо для розв'язання проблеми в повному обсязі. Необхідно розробити більш комплексні та довгострокові стратегії, які враховуватимуть як внутрішні, так і зовнішні фактори, що впливають на демографічну ситуацію в Україні. Розуміння поточних тенденцій та майбутніх наслідків наявної міграції населення може слугувати основою для розробки стратегій та конкретних заходів з демографічного відновлення.

Загальні тенденції міграції в Україні. Зовнішня та внутрішня міграція в Україні мають різні причинно-наслідкові зв'язки. Війна, масштабні руйнування, економічна нестабільність, постійний стрес, а також прагнення покращити рівень та якість життя є ключовими причинами зовнішньої міграції. Переважна частина мігрантів прямує до країн Європейського Союзу. Частіше це Польща, Німеччина та Чехія, де надають кращі умови працевлаштування та вищий рівень заробітної плати [6]. На нашу думку, така концентрація міграційних потоків може створювати додаткові виклики як для самих мігрантів (зокрема у сфері інтеграції), так і для тих країн, які їх приймають. Згідно з даними МОМ, майже третина біженців працюють за кордоном на довгостроковій основі [1], що свідчить про тривалий характер міграції задля виживання та розвитку для багатьох українців і призведе до зміни демографічної структури України в майбутньому.

Якщо ж розглядати внутрішню міграцію, то основною причиною є зосередження війни на сході країни, що спричинило значне переміщення населення зі східних регіонів до більш безпечних областей. Цей процес

внутрішньої міграції сприяв посиленню дисбалансу між регіонами України, зокрема в економічному та соціальному плані. Це стало рушієм для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які прагнуть знайти безпеку та стабільність у центральних та західних регіонах України [7]. Станом на 25 вересня 2023 року було зареєстровано близько 3,7 мільйонів ВПО, що вказувало на зниження на 27,2% порівнюючи з 5,08 мільйонами станом на 13 червня 2023 року [8]. Зменшення кількості ВПО протягом кількох місяців може свідчити про декілька тенденцій:

- повернення частини людей до колишнього місця проживання;
- інтеграцію частини людей в нових громадах;
- виїзд частини людей за межі країни.

Зовнішня міграція стала основною для зниження рівня народжуваності в країні, адже мігрантами здебільшого є молоді люди репродуктивного віку, які залишають Україну в пошуках більш безпечного місця проживання та розвитку. Все це має вплив на демографічний баланс [4] і може призвести до демографічної кризи в майбутньому, якщо не вживати відповідних заходів для стимулювання народжуваності та повернення молоді до країни.

Ще одним наслідком зовнішньої міграції можна вважати інтелектуальний відтік населення – процес масової еміграції з України висококваліфікованих спеціалістів [4], що може негативно вплинути на подальший розвиток української економіки та науки. Така ситуація потребує створення та вдосконалення в нашій країні сприятливих умов для роботи та життя фахівців з різних сфер та галузей, потрібних для повноцінного функціонування країни в період війни та відновлення у післявоєнний період.

У період з 24 лютого 2022 року по 15 жовтня 2024 року, за даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), було зафіксовано понад 3,3 мільйони перетинів кордону з України до тих країн, які входять до Регіонального плану реагування на біженців (РРП) [9]. За РРП на 2024 рік для підтримки 2,2 мільйонів біженців майже в 11 країнах, які їх приймають, потрібно 1,1 мільярда доларів США [10]. Ці дані свідчать про масштабність гуманітарної кризи, спричиненої війною в Україні.

У березні 2022 року країни-члени Європейського Союзу (ЄС) вперше активували Директиву про тимчасовий захист (ДПЗ, що передбачає надання всіма країнами-членами ЄС тимчасового захисту (ТЗ) українським біженцям [11]. Цей крок свідчить про солідарність європейських країн з Україною та їхню готовність надати допомогу українським біженцям. Однак питання інтеграції українських біженців в європейське суспільство залишається актуальним. Станом на 15 жовтня 2024 року, понад 5 мільйонів біженців з України були зареєстровані для ТЗ [9].

Економічні та соціально-демографічні наслідки відтоку населення. Масова міграція населення, спричинена війною та економічною кризою, створює значний тиск на українську економіку та демографічну ситуацію. Основною проблемою економіки є зменшення чисельності робочої сили та якості робочих ресурсів, що впливає на продуктивність і загальну здатність країни до економічного відновлення, робить економіку нашої країни залежною

від обсягу грошової допомоги від країн партнерів. Ймовірно, при відсутності ефективних заходів стимулювання повернення мігрантів і залучення нових інвестицій це призведе до тривалого періоду економічного застою в країні.

Втрата значної частини працездатного населення має далекосяжні наслідки. По-перше, це гальмує розвиток багатьох галузей економіки, особливо тих, що потребують великої кількості кваліфікованих кадрів. По-друге, зменшується податковий потенціал держави, що ускладнює фінансування соціальних програм та інфраструктурних проєктів. По-третє, виникає дисбаланс на ринку праці, що може призвести до зростання безробіття серед певних категорій населення та збільшення соціальної напруги. Все це зумовлює значне навантаження і на систему охорони здоров'я, громадського здоров'я, соціального забезпечення як на рівні країни, так і на рівні територіальних громад.

За даними міжнародної організації ACAPS (The Assessment Capacities Project), що спеціалізується на швидкій оцінці гуманітарних потреб у зонах конфліктів та криз, валовий внутрішній продукт (ВВП) країни в перший рік війни скоротився на 30% [12]. Це свідчить про значні масштаби руйнувань і втрат, вказує на тривалий і складний процес, що потребуватиме зусиль з боку держави та міжнародних партнерів.

Грошові перекази мігрантів безумовно відіграють важливу роль у підтримці економіки країни [13]. Вони допомагають багатьом родинам вижити в складних умовах сьогодення, однак вони не можуть повністю компенсувати втрати від дефіциту робочої сили на місцевому рівні. Крім того, залежність економіки від зовнішніх джерел фінансування робить її більш вразливою.

Прогноз демографічних змін та можливі рішення. З огляду на поточні демографічні тенденції, очікується, що Україна продовжуватиме стикатися зі скороченням чисельності населення через високий рівень міграції, низький рівень народжуваності, старіння населення, підвищення рівнів захворюваності, інвалідності та смертності, що створить комплексну проблему, яка матиме значний вплив на всі сфери життя країни.

За прогнозами Організації Об'єднаних Націй (ООН), чисельність населення України до 2050 року може скоротитися до 32 мільйонів осіб, а до 2100 року становитиме близько 15 мільйонів, якщо не буде реалізовано заходів для підтримки демографічного відновлення. Прогнози також вказують на те, що відбудуться значні зміни в структурі населення, де зростатиме частка осіб похилого віку [14]. Скорочення кількості населення не лише призведе до зменшення робочої сили та сповільнення економічного розвитку, але й матиме негативні наслідки для соціальної сфери. Зростання частки осіб похилого віку збільшить навантаження на пенсійну систему та потребуватиме додаткових ресурсів для забезпечення медичної допомоги, реабілітаційних і соціальних послуг.

Для зменшення негативного впливу в Україні розробляються різні стратегії стимулювання репатріації українців, які були змушені виїхати через війну. Разом з тим проводиться робота над створенням сприятливих умов для повернення громадян: розробляються програми працевлаштування, підтримки

молодих сімейних пар, доступності житла [15]. Також, на нашу думку, важливими напрямками є інвестиції в освіту та розвиток молодіжних програм, які могли б зменшити рівень еміграції та підвищити зайнятість серед молоді.

Міжнародний досвід інших країн, що зіткнулися з подібними викликами, показує, що ефективні заходи можуть включати залучення іноземної робочої сили, зокрема з країн із нижчим рівнем життя. Наприклад, програми з інтеграції іноземних працівників та підтримка бізнесу, який працює з іммігрантами, можуть допомогти заповнити нестачу робочих ресурсів [16]. Залучення іноземної робочої сили може стати дійсно перспективним напрямком, особливо в галузях, де відчувається гостра нестача кадрів, проте малоімовірним через постійні воєнні дії на території країни. Тому важливим завданням постає розробка чіткої міграційної політики, яка б забезпечувала баланс між інтересами українського суспільства та потребами бізнесу.

Забезпечення стабільності, безпеки та економічних можливостей є ключовими факторами для стабілізації демографічної ситуації. Прогнози вказують, що реалізація ефективної соціально-демографічної політики може значно пом'якшити демографічний спад і сприяти поступовому відновленню економічної активності в країні. Проте важливо розуміти, що залучення іноземної робочої сили та інвестицій не є вирішенням усіх демографічних проблем. На нашу думку, паралельно необхідно продовжувати реалізовувати заходи зі стимулювання народжуваності, підвищення якості та рівня життя, зменшення міграції українців за кордон.

Покращити ситуацію можна рядом заходів, серед яких можна виокремити напрямок стимулювання повернення українців через створення комплексної програми репатріації, що включатиме доступне житло, підтримку бізнесу, працевлаштування та соціальні гарантії. Ще одним напрямком може стати підтримка ВПО через розвиток інфраструктури, соціальних, медичних та освітніх послуг, можливості працевлаштування у регіонах, де зосереджені ВПО.

Важливим напрямком є також стимулювання народжуваності через упровадження програм підтримки молодих сімейних пар і новонароджених дітей (пільги, кредити, доплати) та створення сприятливих умов для поєднання роботи та сімейного життя. Інвестиції в освіту дозволять підвищити рівень освіченості населення та кваліфікації фахівців, заповнити дефіцит кадрів та утримати спеціалістів в Україні. Залучення іноземної робочої сили може також допомогти, але тільки можливе тільки при розробці прозорих правил залучення іноземних працівників у дефіцитні галузі.

Реалізація таких напрямків сприятиме пом'якшенню демографічних та економічних наслідків міграції населення, створить передумови для стабільного розвитку та поступового відновлення України після війни.

Наведені результати аналізу підтверджують значний вплив міграційних процесів на демографічну ситуацію та соціально-економічну стабільність України. Зменшення кількості працездатного населення, відтік кваліфікованих кадрів, зниження рівня народжуваності, зростання інвалідності та смертності

створюють серйозні виклики як для системи охорони здоров'я та соціального забезпечення, так і для забезпечення стійкого економічного розвитку.

Список інформаційних джерел та літератури

1. International Organization for Migration (IOM). (2023, April 20). *DTM Ukraine Response — Regional Annual Overview — Ukrainian Refugees and TCNs crossing to Ukraine in 2022*. IOM, Europe and Central Asia.
2. Слюсар Л. Українська родина в умовах війни. *Демографія та соціальна економіка*. 2023. № 52 (2). С. 3–20. DOI: 10.15407/dse2023.02.003.
3. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України / І. С. Миронюк та ін. *Ukraine. Nation's Health*. 2023. № 3. С. 100–105. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/17
4. Daly R. A. Studies in the So-Called Porphyritic Gneiss of New Hampshire. *The Journal of Geology*. 2023. Vol. 5, no. 8. P. 776–794. DOI:10.1086/607962
5. Ukraine's demographic drain puts its post-war recovery at risk. *EL PAÍS English*. URL: <http://surl.li/ztmooh> (date of access: 06.11.2024).
6. ILO's response to the crisis in Ukraine. International Labour Organization. URL: <http://surl.li/ctcnhw> (date of access: 06.11.2024).
7. Ukraine situation. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2023. № 8. 8 p. URL: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/98163> (date of access: 07.11.2024).
8. International Organization for Migration (IOM), Nov 06 2023. *DTM Ukraine — Internal Displacement Report — General Population Survey Round 14 (September – October 2023)*. IOM, Ukraine. P. 1-5.
9. Situation Ukraine Refugee Situation. *Operational Data Portal*. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (date of access: 07.11.2024).
10. International Organization for Migration (IOM). (2023, November 6). *DTM Ukraine — Internal Displacement Report — General Population Survey Round 14 (September – October 2023)*. IOM, Ukraine. P. 5-9.
11. Regional Refugee Response Plan (RRP). (March - December 2022). *Ukraine Situation Regional Refugee Response Plan*. P6-9. URL: <http://surl.li/ymstuc> (date of access: 09.11.2024).
12. Impact of conflict on the Ukrainian economy: implications for humanitarian needs. ACAPS (Assessment Capacities Project), 2023. URL: <http://surl.li/hiyktr> (date of access: 09.11.2024).
13. Tucha O. Remittances in Ukraine. Warsaw, Poland: National Bank of Ukraine, 2023. URL: <http://surl.li/vanput> (date of access: 09.11.2024).
14. World Population Prospects - Population Division - United Nations. *Page Redirection*. URL: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/TOT/804> (date of access: 10.11.2024).
15. Government approves the Strategy of Demographic Development of Ukraine. *Ukraine: Ministry of Social Policy of Ukraine*, 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/en/news/uriad-ukhvalyv-stratehiiu-demohrafichnoho-rozvytku-ukrainy> (date of access: 10.11.2024).
16. Migration policies, returns, and attracting talent. *OECD*. URL: <https://www.oecd.org/en/topics/migration-policies-returns-and-attracting-talent.html> (date of access: 10.11.2024).

Брич В.В.,
доктор медичних наук, доцент,
професор кафедри наук про здоров'я
Шепелла Г.Л.,
аспірантка

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

НИЗЬКИЙ РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Серед основних детермінантів здоров'я особлива увага надається фізичній активності, що є критично важливим елементом цілісного здоров'я для молодого покоління [1]. Відсутність достатньої фізичної активності, малорухомий спосіб життя, комп'ютеризація всіх сфер діяльності людини та вплив наслідків на рівень здоров'я населення є важливою проблемою у системах охорони здоров'я багатьох країн. Всесвітня організація охорони здоров'я дає чіткі рекомендації необхідного рівня фізичної активності (ФА) для дорослих і дітей різних вікових груп. Визначена ВООЗ норма ФА для дорослих осіб становить 150 хвилин помірної фізичної активності або 75 хвилин інтенсивного навантаження на тиждень, для дітей віком від 5 до 17 років рекомендовано щонайменше 60 хвилин помірної фізичної активності на день, а також щотижня – інтенсивні заняття з переважанням навантажень аеробного характеру [2, 3].

Регулярна фізична активність забезпечує значні переваги для всіх складових здоров'я. При дотриманні дорослими особами норм ФА у них знижується ризик розвитку понад 20 хронічних захворювань, зокрема серцево-судинних, цукрового діабету другого типу та деяких видів онкологічних захворювань. Достатній обсяг ФА дитини сприяє здоровому розвитку організму, стимулює ріст скелетної та м'язової систем, безпосередньо впливає на рівень адаптаційних можливостей організму, підтримання продуктивності, функціонування всіх систем організму [1, 2, 3].

На сьогоднішній день в Україні постає велика проблема щодо фізичної активності населення загалом, а особливої уваги потребує дослідження активності серед дітей та підлітків. В Україні поки недостатньо науково обґрунтованих підходів до формування фізичної активності, викладання фізичної культури та спорту серед дитячого та молодого покоління. Існує нестача фінансування та інфраструктури у всіх регіонах країни, проте найбільше така ситуація характерна для маленьких міст, селищ та сіл [4]. Важливим аспектом у дослідженні рівня фізичної активності населення є припущення про пряму залежність між наявним рівнем ФА та демографічною й економічною ситуаціями країни [5].

Відсутність можливості занять регулярною фізичною активністю, спортом, тренуваннями, рекреацією та активним відпочинком має негативні наслідки для людини у вигляді порушення фізичного та психічного здоров'я, погіршення роботи імунної системи, вичерпання резервів організму,

загострення вже наявних хронічних захворювань [1]. За даними ВООЗ, низький рівень ФА, зокрема відсутність регулярних занять серед дітей та підлітків, є причиною підвищення рівня надлишкової маси тіла та ожиріння, погіршення функціонування організму та фізичної форми, порушення тривалості сну та режиму дня, проблем у соціальній поведінці. Недостатня ФА погіршує функціональні можливості всіх систем організму, що призводить до неадекватної реакції на будь-яке фізичне навантаження, сповільнення фізичного розвитку, порушення психологічного здоров'я. Відсутність активності негативно впливає на психологічні особливості дитини, а ті ж у відповідь впливають на її рівень фізичної активності [3, 6].

Рівень ФА у дитячому віці взаємопов'язаний з рівнем ФА людини в дорослому житті, рівнем здоров'я, сформованими звичками, якістю життя та благополуччя. Достатній рівень активності дитячого населення веде до зниження рівня захворюваності на хронічні неінфекційні хвороби, збільшення тривалості якісного життя та благополуччя дорослого населення в майбутньому. Однак на формування рівня фізичної активності впливають багато факторів, дія яких може бути позитивною, даючи можливість до більш якісного та систематичного заняття ФА, чи негативною – через обмеження можливостей, різноманіття, тривалості та частоти ФА.

Для осіб дитячого віку характерні різні фактори впливу на формування рівня фізичної активності: місцевість проживання, природні кліматичні та ландшафтні особливості, рівень забезпечення необхідною інфраструктурою та її доступність, культурні та релігійні особливості населення, психологічні особливості осередку проживання дитини тощо. Також вагомий вплив мають соціально-економічні умови життя [2, 7]. Окремо виділяють фактори, що негативно впливають на формування рівня ФА дітей у сучасному світі: зниження загального рівня життя та відсутність достатньої соціальної захищеності населення, низький рівень медичного забезпечення, відсутність інтересу до збереження власного здоров'я, постійні зміни у системі освіти та сфері фізичної культури й спорту країни, недостатність ефективних політик щодо покращення фізичного здоров'я населення на державному рівні [7]. До несприятливої ситуації в системі фізичного виховання та спорту приєдналися також фактори обмеження. Період карантину при пандемії COVID-19, дистанційне навчання, війна в Україні – глобальні фактори, що спричинили штучне зниження ФА дітей.

Отже, останні роки для дітей характерний малорухомий спосіб життя, що пов'язують не тільки з уже вказаними причинами, а й зі значним розвитком цифрових технологій, гаджетами та цифровізацією всіх видів діяльності.

Одним з основних факторів, що безпосередньо вплинув на формування рівня фізичної активності дітей та підлітків, є освітній, що зазнав значних змін за останні чотири роки через пандемію та військові дії на території України. У дослідженні, проведеному І. Рогач та співавторами серед школярів Закарпаття, встановлений суттєвий негативний вплив пандемії та пов'язаних з нею карантинних обмежень на рівень фізичної активності досліджуваної

групи: зниження ФА серед 45,5% опитаних представників, низький рівень перебування на свіжому повітрі, особливо серед дітей мешканців міста [8].

Заклади освіти – це основні місця, де здійснюється формування рівня ФА серед дитячого населення, що пов'язано з можливістю охопити велику кількість дітей різних вікових категорій. Для цього використовують уроки фізичної культури – спеціально організовану активність відповідно до норм і вимог для всебічного розвитку учнів. У період початку пандемії COVID-19 перед сферою освіти постала вагома проблема зміни формату традиційного навчання на дистанційну форму, що вимагала негайного вирішення у короткі терміни. Держава не була готова до такого виклику, масового закриття шкіл та інших закладів освіти на невизначений термін. Школи намагалися вирішити питання доцільного викладання дітям основного навчального матеріалу у доступній формі, що спричинило актуалізацію в першу чергу тільки кількох освітніх компонентів. Водночас заняттям з фізичного виховання приділяли менше уваги. Проблеми викладання теоретичних предметів за короткі терміни були вирішені, а питання проведення у дистанційному режимі практичних уроків фізичного виховання стали викликом для освіти. Учні не мали справжньої можливості проводити активно час, а вчителі не мали змоги корегувати правильність виконання [5].

Загалом такі умови освітнього процесу посилили негативний вплив на рівень фізичної активності школярів, що проявилось збільшенням часу, проведеного перед екраном, відсутністю можливості занять фізичною активністю та активним відпочинком через ізоляцію. Водночас дистанційна форма навчання часто не спроможна забезпечити достатню якість освіти порівняно з традиційною, що можна пов'язати з технічними проблемами та відсутністю необхідного обладнання й постійної допомоги педагога в дотриманні освітньої програми [9]. Це стало чинником для виникнення змін у фізичному та психологічному здоров'ї дітей та підлітків, зниження опірності організму та появи спектру негативних наслідків недостатньої фізичної активності [8].

Обмеження, пов'язані з воєнним станом в Україні, погіршують наявну раніше проблему низького рівня ФА серед громадян. Дослідженнями, які проведені серед українців у період повномасштабної війни, встановлено значний вплив військової агресії на рівень фізичної активності населення по всій території держави [4]. Ситуація з дистанційним навчанням також погіршилася внаслідок воєнного стану в Україні, де різні періодичність, тривалість та інтенсивність військових дій в регіонах зумовили й різні підходи до організації навчання. У наявних умовах війни система освіти зазнає постійних змін, що призводить до продовження тривалого дистанційного навчання у закладах освіти країни [10]. Вимушена ізоляція дітей, соціальне дистанціювання, стресогенні фактори зовнішнього та внутрішнього осередку дитини, соціальні обмеження, примусове перебування вдома, є чинниками, що заважають дітям та підліткам займатися регулярною фізичною активністю та спортом, брати участь в активних громадських програмах, відвідувати секції, спортивні школи та змагання [1]. Великих

труднощів зазнає й організація уроків фізичного виховання серед школярів, що є важливою складовою навчального процесу та одним з провідних факторів формування рівня фізичної активності у шкільному віці [11]. Тимчасова заборона або закриття спортивно-юнацьких закладів, спортивних центрів також негативно відобразилася на фізичній активності дітей [10]. За даними В. Приходько та співавторів, рівень залученості дітей та молоді до фізичної активності з початку війни знизився. Відвідування спортивних гуртків та секцій знизився двічі (з 63% до 33,4%), а уроків фізичної культури – на третину [12]. Заважають заняттям фізичною активністю і систематичні повітряні тривоги, нависаюча загроза життю та здоров'ю в умовах воєнного стану в країні [1]. Отже, постійний стрес та небезпека для життя негативно впливають і на фізичне здоров'я [13].

Вагома проблема, що турбує багатьох дослідників, це особливості психічного здоров'я дітей в умовах війни. Саме тому з'явилося чимало наукових праць за цією тематикою, проте наукових досліджень щодо змін фізичного здоров'я школярів в умовах війни поки можна знайти невелику кількість. Результати дослідження Н. Пангелова та Р. Рижик щодо особливостей фізичного стану та функціонування організму хлопчиків в умовах воєнного стану демонструють погіршення показників фізичного здоров'я в порівнянні з довоєнним періодом. Вони вказують на перевищення показників маси тіла дітей вікових норм; погіршення показників частоти серцевих скорочень, що свідчить про зниження потенціалу серцево-судинної системи; погіршення тону вегетативної системи; негативну динаміку змін у функціонуванні дихальної системи; погіршення фізичних якостей, зниження рівня розвитку швидкісних показників, низький рівень розвитку гнучкості, погіршення витривалості [10].

У своєму дослідженні Ю. Фішер та А. Соловей вказують на низький рівень фізичної підготовленості учнів середніх та старших класів, що свідчить про недостатність фізичної активності у період воєнного стану [11]. Інше дослідження (Тонкопей Ю. Л.), проведене серед учнів старших класів, демонструє низьку їхню фізичну активність продовж робочого тижня (46,78 %) [1].

Фізична активність є важливою складовою формування здоров'я населення, яка закладається з перших років життя. Для нашої країни характерний низький рівень фізичної активності серед населення, особливо серед дітей та підлітків, що пов'язано не тільки з технологічним прогресом у світі, а й з впливом карантинних обмежень та наслідками воєнного стану (рис.1).

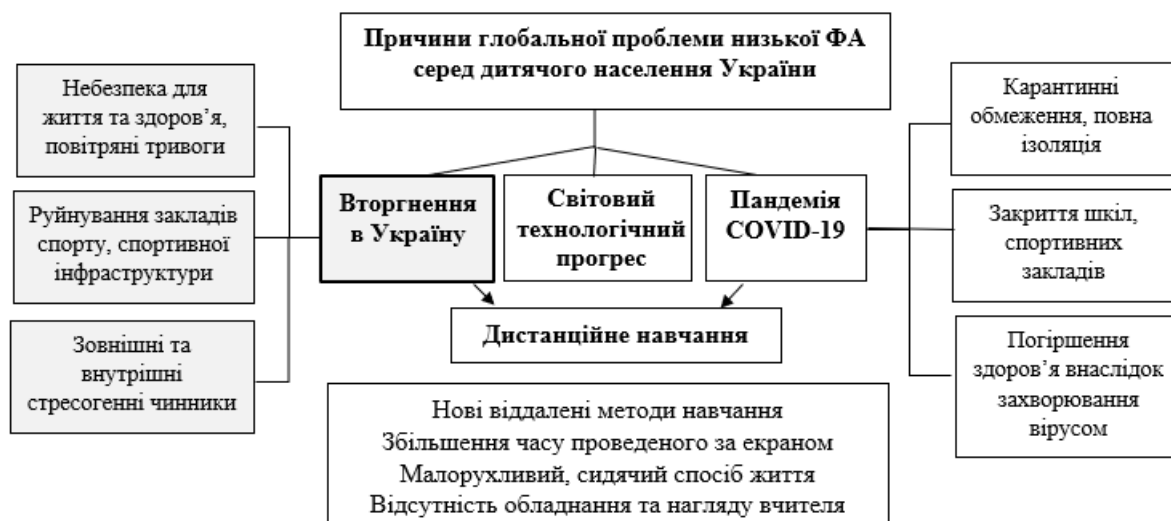


Рис. 1. Причини глобальної проблеми низької ФА серед дитячого населення України

Несприятлива ситуація з низьким рівнем фізичної активності серед дитячого населення постає вагомою проблемою для громадського здоров'я, що вимагає негайного втручання шляхом розробки спеціальних політик та ефективних програм на рівні держави, окремих регіонів і громад. Така діяльність потребує чіткого розуміння всіх факторів впливу на формування фізичної активності молодого покоління, врахування потреб окремих вікових груп та реальної ситуації в країні загалом та регіонах зокрема. Розроблені заходи повинні бути спрямовані на вирішення проблеми в умовах воєнного часу та планування відновлення у післявоєнний період.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Tonkopei Yu.L. The dynamics of physical activity of students of senior classes during distance education in the conditions of the military state. *SWJ*. 2024. Vol. 4, no. 24-04. P. 75-80. DOI:10.30888/2663-5712.2024-24-00-088.
2. Kelly R.S., Kelly M.P., Kelly P. Metabolomics, physical activity, exercise and health: A review of the current evidence. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*. 2020. Vol. 1866, no. 12. P. 165936. DOI: 10.1016/j.bbadis.2020.165936.
3. Physical activity. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
4. Карабанов Є.О., Білогур В.Є., Крупіна Л.В., Кубрак С.І. Європейський досвід системи фізичного виховання: застосування в Україні. *Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура*. 2024. № 42. С. 10-17. DOI: 10.15330/fcult.42.10-17.
5. Плевачук Л.Ю., Гурковський О.М., Розмірчук В.В. Фізична культура в умовах пандемії. *KREMENETS SCIENCE: OPEN AIR, АБО НАУКА В КРОСІВКАХ. Litteris et Artibus: нові горизонти. Випуск V: збірник наукових статей.* / за заг. ред. Р. О. Дубровського. Кременець: КОГПА ім. Тараса Шевченка. Вип. 5. 2020. С. 5-13.

6. Малечко Т., Г. Коломоєць і Л. Пустолякова. Вплив нової української школи на формування мотивації до уроків фізичної культури. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. Серія 15. Вип. 3К(162). 2023. С. 238-241. DOI: 10.31392/npu-nc.series15.2023.3k(162).48.
7. Шепелла Г.Л., Брич В.В. Предиктори формування фізичної активності дітей, які проживають в сільській місцевості. *Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку: матеріали Четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я* (21–23 верес. 2022 р.). Тернопіль: ТНМУ, 2022. С. 29-30.
8. Рогач І.М., Палко А.І., Фегер О.В., Віраг М.В. Аналіз фізичної активності школярів Закарпатської області в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 1 (63). С. 65–68.
9. Нагорна В.О., Митько А.О., Качарова Є.В. Проблеми дистанційного навчання у сфері фізичної культури і спорту в умовах воєнного стану в Україні. Актуальні проблеми психолого-педагогічного супроводу та розвитку суб'єктів спортивної діяльності: матер. VI Всеукр. наук. електр. конф., 26 жовтня 2023 р. Київ, 2023. С 123-125.
10. Пангелова Н., Рижик Р. Фізичний стан і ментальне здоров'я хлопчиків 12–13 років в умовах воєнного стану. *Sport Science Spectrum*. № 1. 2024. С. 97–103. DOI: 10.32782/spectrum/2024-1-15.
11. Фішер Ю., Соловей А. Фізичний та психологічний стан учнів середнього та старшого шкільного віку, які навчаються в умовах війни. *Scientia* [Internet]. 2023 квіт. 10. С.136-7.
12. Приходько В., Чухловіна В., Бурдаєв К., Бондаренко І., Євтушенко Р. Втрати для фізичного виховання та дитячо-юнацького спорту за період війни Росії проти України. *PCS*. 2024. № 9 (182). С. 192-7. DOI: 10.31392/UDU-nc.series15.2024.9(182).34.
13. Квасній Л., Мураль В., Баланда Н. Вплив війни на фізичне та психічне здоров'я населення. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. №5(5). С.27-35. DOI: 10.52058/3041-1572-2024-5(5)-27-35.

Голованова І.А.,
доктор медичних наук, професор
Ляхова Н.О.,
кандидат медичних наук, доцент
Подвін А.М.,
викладач
Краснова О.І.,
викладач

Полтавський державний медичний університет

ВИНИКНЕННЯ СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Проблема збереження і зміцнення здоров'я населення завжди була однією з ключових у суспільстві. Здоров'я населення кожної держави - це показник її економічного розвитку, головний критерій доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. В Україні останнім часом відбувається тенденція погіршення здоров'я населення. Це зумовлено сучасним станом соціально-економічних умов, значним погіршенням екологічної ситуації в нашій державі, зниженням доступності до надання якісних медичних послуг у деяких регіонах [1].

Здоров'я нації кожної країни беззаперечно визначається рівнем здоров'я дітей і підлітків та є незаперечною гарантією добробуту майбутнього покоління. Стан фізичного розвитку, повноцінне здоров'я дітей впливає на якість подальшого життя нації, її повноцінну працездатність, що в сукупності має неабияке значення для соціально-економічного розвитку держави.

Особливе занепокоєння на сьогодні викликає стан здоров'я дітей. Фіксується погіршення стану здоров'я дошкільнят, а також скорочення кількості практично здорових і відносно нормально фізично розвинених дітей дошкільного віку [2]. За аналізом статистичних даних, що всього 5% випускників зі школи є практично здоровими дітьми, 40% мають хронічні хвороби, 50% мають морфофункціональні відхилення, до 80% страждають на різного виду нервово-психічні розлади. Тільки 5% допризовного віку юнаків не мають медичних протипоказань до проходження військової служби [3].

На сьогодні в Україні постійно збільшується кількість дітей із захворюванням на сколіоз, яке є найбільш розповсюдженим серед інших хвороб опорно-рухового апарату та є багатоплановою медико-соціальною проблемою громадського здоров'я населення, яка потребує комплексного підходу та вирішення, раннього виявлення на рівні громади, та обов'язкової державної підтримки.

Сколіоз зустрічається набагато частіше, ніж про це згадують. Аналізуючи наукові дані по цій проблемі, у 40% обстежених школярів старших класів виявлено порушення, яке вже потребують лікування [4].

Термін «сколіоз» означає вигин хребта вбік (тобто праворуч або ліворуч) і походить від грецького слова *skol*, що означає викривлення. За даними Національного фонду боротьби зі сколіозом, приблизно 6 мільйонів людей у Сполучених Штатах мають захворювання на сколіоз [5].

Сколіоз - нерідке захворювання дитячого та підліткового віку. Це захворювання має складний патологічний процес, що характеризується великими анатомічними та функціональними порушеннями [6].

Сколіоз – це викривлення хребта (бокове відхилення лінії хребта від осі тулуба), яке відрізняється від порушення постави тим, що зміни зачіпають кістки та зв'язки, тоді як при порушенні постави спостерігається лише підвищений тонус з однієї сторони [7].

Сколіоз — це аномальне бічне викривлення хребта, згідно з визначенням Американської асоціації неврологічних хірургів [8].

Після розвитку кращого розуміння зв'язку росту хребта з розвитком грудної клітки та легенів було розроблено новий опис щодо підходу до сколіозу. Сколіоз - це тривимірна деформація хребта. Хоча він спостерігається переважно в підлітковому віці, сколіоз у молодшому віці іноді існує і вимагає складного лікування [9].

Саме поняття «сколіоз» перший ввів давньогрецький лікар Гален. Для позначення бокового викривлення (фронтальній площині) він запропонував термін «сколіоз», для викривлень в сагітальній площині - «кіфоз» і «лордоз», а для скручування - «строфоз». Звісно, що історія визначення етіології та патогенезу порушень постави бере свій початок ще з давнини, оскільки ще в стародавніх захованнях були знайдені скелети людей зі сколіотичними викривленнями хребта. Одним із найперших, хто приділив увагу порушенню хребта як сколіоз, був Гіппократ [10]. Для виправлення постави він застосовував лікувальну гімнастику, а також розробив спеціальний пристрій для витягування хребта та одночасного натиснення на нього, який отримав назву «лавка Гіппократа», який ще довго залишався єдиним способом лікування сколіозу. Ще дослідники тих часів розуміли щодо важливості ранньої профілактики захворювання, а саме виконання фізичних вправ, лікувальної гімнастики та проведення масажів. Французький лікар Паре значно пізніше запропонував для випрямлення хребта застосовувати металічний корсет.

Сучасні наукові дослідження уже ґрунтуються на аналізі причин і механізмів виникнення сколіозу, що в дозволило розробити нові та більш ефективні методи лікування хвороба. Першою змістовною науковою працею про виникнення та профілактику сколіозу, в якій зазначено вже одну з причин виникнення цього захворювання – незручні парти, належить Н. Ф. Гагману. Вона актуальна і сьогодні, оскільки саме у дітей шкільного віку діагностується це захворювання [7].

Водночас академік Я.Л. Цивьян у своїй праці «Увага! Ваш хребет» (1988 р.) вважав, що поки не визначена істинна етіологія сколіотичної хвороби, лікарі не можуть повністю запобігти її прогресуванню, а можливо лише уповільнити її темп.

На даному етапі існує декілька теорій появи (етіології) сколіозу у дітей, зокрема: генетична (яку підтримували та розглядали Wice et al., А.М. Зайдман, Л.О. Бадалян та ін.); ендогенна (прихильниками якої були S. Willner, Skogland, Miller, В.Я. Фищенко, Я.Л. Цивьян, А.М. Зайдман, М.Г. Дудин, Kindsfater); нейром'язова теорія (Гіппократ; E.Libson, R.A. Bloom, Y.Shapiro, R.Yarom, Е.А. Абальмасова, Л.К. Закревский та ін. [11].

Проведені дослідження відомими вченими дають можливість встановити, що сколіоз є досить поширеним захворюванням, яким страждає за різними аналізами авторів від 1,3 до 40,9 % всього населення. З них близько 10 % мають потребу у лікуванні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворюваннями хребетного стовпа страждає 80% працездатного населення. Слід зазначити, що у мешканців сільської місцевості показник захворюваності на сколіоз значно менший (6,6 %) порівняно з жителями міст (12,7 %). Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що частота сколіозу в різних вікових групах дітей і підлітків коливається від 3 до 17,3%. Окрім того, сколіотична хвороба зустрічається частіше у дівчат, ніж у хлопців, це відношення становить від 3:1 до 6:1. [12]. Також, слід зазначити, що клінічно значущий ідіопатичний сколіоз також частіше зустрічається у дівчат, це відбувається з невідомих причин, але найчастіше відбувається під час стрибків зросту у підлітковому віці, як результат дисбалансу м'язових сил на хребті [13]. Крім цього, варто зазначити, що зі зростанням ступеня вираженості сколіозу, дівчата більш схильні до проявів загальної, самооціної та міжособистісної тривожності, ніж хлопці [14].

За даними ряду авторів, сколіотична деформація зустрічається у 4 – 28 % ортопедичних хворих (Шевченко С. Д., Михайлівський В. М., 2005). В інших дослідженнях (Фомічов Н. Г., Садовій М. А., 2004; Насонова В. А., 2001; Дудін М. Г., 2004), частота сколіозу варіює від 1,3 до 17,3 % (в середньому 4–8 %). Серед усього населення поширеність сколіотичної деформації хребта коливається від 2 – 5 % до 33,3 % і більше (Коськін В. В., 2002). За останні 20 років кількість хворих на сколіоз збільшилася з 6,4 до 27%. За дослідженнями І.І. Боднара ще на початку 200 років у кожного четвертого підлітка на 100 оглянутих, виявлено порушення постави.

Розгляд сколіотичної хвороби, з точки зору складної, багатопланової медико-соціальної проблеми, яка потребує комплексного вирішення, пропонує розглядати Т.Н. Садова. Вона наголошує на медико-соціальному аспекті, який залишається досить важливим поряд зі складністю вирішення питань ортопедичного характеру. Оскільки обов'язковим для розв'язання цієї проблеми є формування індивідуально-диференційованого підходу до клініко-функціональної оцінки та медико-соціальної реабілітації цієї категорії хворих [15].

Так, за даними Р.Е. Райє середній вік отримання інвалідності серед населення з невиліковними важкими формами сколіозу, становить 28 років, а середня тривалість життя – 35– 40 років. Ще у дослідженнях Ю.Г. Сумина, виявлено, що 12% хворих на сколіоз є інвалідами в працездатному віці.

У свою чергу М. А. Садовий з'ясував, що важкі та прогресуючі форми сколіозу мають значні соціальні наслідки. Він встановив підвищену смертність у пацієнтів з кутом викривлення більше ніж 80° , при цьому 12 % померли від ускладнень з боку серця і легенів [16].

У роботах М. В. Михайлівського та М. А. Садового виявлено, що середній вік померлих хворих на тяжкі форми сколіозу склав 26,5 років, а смертність – 3,8 % [6]. Тому вирішення медико-соціальної проблеми та реабілітації хворих на сколіоз залишається актуальною й останнім часом привертає до себе все більшу увагу не тільки ортопедів-травматологів, хірургів, а й лікарів інших спеціальностей [17].

Останнім часом нерідко використовують термін «сколіотична хвороба» як комплекс негативних змін, які відбуваються в організмі при викривленні хребта. Як правило, вважають, що сколіотична хвороба розвивається в дитячому та юнацькому віці, в період формування опорно-рухового апарату.

Починаючи із внутрішньоутробного розвитку, від народження, у дошкільному віці сколіотична хвороба порушує різні системи життєзабезпечення організму, та може призводити в подальшому до інвалідності та значно погіршити якість життя внаслідок зниження працездатності та є про вокативним фактором багатьох захворювань внутрішніх органів, характеризується великими анатомічними та функціональними порушеннями. За статистичними даними, таке порушення є у 80 % дітей шкільного віку населення, яке може сформуватися в будь-який час, однак найнебезпечнішими для розвитку цього захворювання є періоди активного зростання (8–14 років).

В залежності від кута викривлення, який вимірюється за рентгенівськими знімками, («кут Кобба») виділяють чотири степені сколіотичної деформації: перша ступінь сколіозу (до 10 градусів); друга ступінь (від 15 до 20 градусів); третя (від 20 до 40 градусів); четверта (40-50 і більше градуса).

Для порівняння в Україні раніше відповідно до протоколів лікування та діагностики хворих на сколіоз, які вже втратили чинність виділяли види в залежності від кута деформації, а саме: перша ступінь сколіозу (до 10 градусів); друга ступінь (від 15 до 30 градусів); третя (від 31 до 60 градусів); четверта (більше 61 градуса) [18].

Слід зазначити підхід Національного фонду боротьби зі сколіозом, згідно з яким вважається, що у разі бічного викривлення хребта більше ніж на 10 градусів у дітей шкільного віку рахуватиметься як виявлена патологія, яка піддається лікуванню. Якщо бічне викривлення становить менше як 10 градусів, то як правило, це безсимптомні ознаки у дітей, які мають нормальні неврологічні та фізичні обстеження. І подальша стратегія лікування уже буде визначатися залежно від ризику прогресування хвороби [19].

Залежно віку та основних причин виникнення даного захворювання сколіози можуть розподілятися наступним чином. Якщо вік виникнення сколіозу у дітей менш як три роки, він визначається як інфантильний. Якщо вік захворювання становить від 4 до 10 років, його називають юнацьким і,

нарешті, якщо викривлення виявляється пізніше 10 років, його класифікують як підлітковий ідіопатичний сколіоз (AIS). Сколіоз з раннім початком (EOS) тепер відноситься до коронарної плоского вфідхилення більше ніж на 10 градусів із появою раніше 10 років, включаючи всі типи етіології, такі як ідіопатична, вроджена, нервово-м'язова, а також синдромна [20,21]. Приблизно у 80 % усіх випадків причина виникнення викривлень невідома.

На даний час проблема поширеності сколіозу серед дітей і підлітків стоїть досить гостро в усьому світі. Так, поширеність сколіозу серед дітей та підлітків, за даними різних авторів, коливається в межах від 1,00 до 35,00%, і характерною ознакою при цьому є відсутність тенденції до зниження [15].

Проблема сколіозу гостро стоїть і за кордоном. Офіційні цифри поширення сколіозу хребта за кордоном набагато менші. За їх даними, сколіозом хребта хворіють від 2 до 4 % населення або приблизно 6-9 мільйонів людей США [22].

Окрім того, як зазначалося, в останні десятиріччя загальною тенденцією в усьому світі є динаміка до погіршення здоров'я дитячого населення, що в свою чергу призводить і до збільшення показників дитячої інвалідності. За даними експертів ВООЗ, кількість дітей з обмеженням життєвих і соціальних функцій складає близько 10 % населення земної кулі, при цьому доля тяжких інвалідів за останнє десятиріччя залишається незмінною і добігає майже 3 % дитячого населення. Особливо тяжко і тривало перебігають у дітей такі захворювання хребта як сколіоз, кіфоз, кіфосколіоз та інші. Збільшення їх кількості спостерігається зокрема в останні роки.

За даними різних літературних джерел, інвалідність внаслідок захворювань опорно-рухового апарату становить 10% в загальному контингенті інвалідів і займає третє місце в загальній структурі інвалідності.

Показники інвалідності при сколіозі відображають рівень профілактики, ступінь медичного обслуговування і можливості реабілітації, тобто є комплексною проблемою всього нашого суспільства. При цьому проблема інвалідності внаслідок сколіозу є частиною величезної проблеми інвалідизації у всьому світі. За даними різних авторів, частота інвалідності у хворих на сколіоз становить в середньому від 5 до 12%.

В Україні спостерігаються такі ж негативні тенденції щодо зниження загального рівня здоров'я дітей і підлітків, як й в усьому світі. Соціальні та мікросоціальні, економічні та політичні зміни, які відбуваються в нашій державі на даний час, погіршення стану генофонду нації, сприяли збільшенню рівня захворюваності та невпинне зростання кількості дітей-інвалідів [23]. Так, чисельність дітей-інвалідів із захворюваннями кістково-м'язової системи складає понад 7 тисяч. А в загальній структурі дитячої інвалідності патологія хребта становить близько 19 % [6].

Зокрема, за даними Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України із загального числа дітей-інвалідів, які зареєстровані у 2023 році – 156,0 тис. осіб, з них -1047 осіб мають саме патологію «сколіоз».

Центр громадського здоров'я України повідомляє, що сколіотичну хворобу найчастіше спостерігають у дітей та підлітків. Її частота перевищує 15% усіх патологій в області опорно-рухового апарату.

Специфіка перебігу соціально-економічних і демографічних процесів в Україні у перші десятиріччя XXI сторіччя призвела до зменшення чисельності дітей віком 0–17 років, що перебували під наглядом у закладах охорони здоров'я, з 7 091,9 тис. осіб у 2018 році до 6 003,0 осіб у 2022 році [3,28].

За даними Центру медичної статистики України динаміка виявленої патології під час проведення профілактичних оглядів дітей, 2017–2022 роки (на 1 тис. оглянутих) згідно з даними щорічного звіту про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік можна відстежити збільшення кількості дітей шкільного віку на сколіоз (табл.1).

Таблиця 1

Динаміка виявленої патології під час проведення профілактичних оглядів дітей, 2017–2022 роки (на 1 тис. оглянутих)

Рік	Порушення постави	Сколіоз
2017	39,5	15,5
2018	37,8	14,61
2019	36,9	14,7
2020	35,6	14,6
2021	36,1	14,6
2022	37,5	14,8
Темп убутку, %	5,1	4,5

Окрім того, частота окремих видів виявленої патології також суттєво коливається в розрізі по регіонах. Так, виявленні випадки сколіозу – (від понад 8,0 випадків патології на 1 тис. оглянутих) у Закарпатській, Херсонській, Чернігівській областях (до 29,8 випадку патології на 1 тис. оглянутих), у Запорізькій області; порушення постави – (понад 20,0 випадків патології на 1 тис. оглянутих) у Львівській і Закарпатській областях (до 54,7 випадку патології на 1 тис. оглянутих) у Черкаській областях. Значні коливання виявленої при профілактичних оглядах патології в дітей потребують додаткового вивчення їх причин профільними спеціалістами. Слід зазначити, що лікувально-профілактичної допомоги і медичної реабілітації дітей з патологією хребта задовольняються по Україні у середньому на 72,40 %. Причому також існує різниця задоволення потреби дітей у допомозі по регіонах: у східних, південних і центральних областях задовольняються на 83,82 %, у західних – на 48,35 % [24].

Згідно зі статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України (Звіт про медичну допомогу дітям за 2023 рік) виявлено всього дітей від 0-17 років з порушенням постави - 192330 (в тому числі хлопчиків – 96330); зі сколіозом усього виявлено дітей за результатами профілактичних оглядів – 76022 (в тому числі хлопчиків – 38297).

Серед дітей шкільного віку порушення постави зафіксовано у 12097 осіб (в тому числі хлопчиків – 5993); сколіоз зафіксовано у школярів – 2869 осіб (в тому числі хлопчиків – 1404). Якщо розподілити кількість виявлених випадків порушення постави та сколіозу серед дітей шкільного віку по віковим категоріям отримаємо дані представлені в таблиці (табл.2).

Таблиця 2

Динаміка виявленої патології під час проведення профілактичних оглядів дітей за 2023 рік по віковим категоріям (на 1 тис. оглянутих)

Найменування	Зі сколіозом		З порушенням постави	
	Усього	хлопчики	Усього	хлопчики
Діти, що почали навчання з 6 років	2 675	1 324	9 198	4 552
Школярі, що почали навчання з 7 років	2 305	1 117	6 848	3 386
Школярі 2-8 класів	41 004	20 346	111 253	55 024
Школярі 9-11 класів	24 463	12 485	46 434	23 474

Таким чином, можемо спостерігати збільшену кількість виявлених патологій під час проведення профілактичних оглядів серед дітей, що почали навчання з 6 років, ніж серед тих, хто почав навчання з 7 років. Та особливо спостерігається збільшена кількість патології порушення постави та сколіозу серед дітей шкільного віку 2-8 класів.

На сьогодні, це може бути пов'язано з витісненням спорту та фізичних навантажень у дітей телевізором чи комп'ютером, а в школі вчителі через велику завантаженість можуть не звертати особливої уваги на те, як сидить дитина за партою [25].

Адже все ж таки найбільш поширеними причинами сколіозу є недоліки рухової активності та гіподинамії та, як наслідок, недостатній розвиток зв'язкового-м'язового апарату. Як основною медико-соціальною проблемою негативного впливу сколіозу визначено вплив на працездатність окремих органів і систем людини, в першу чергу, на серцево-судинну, дихальну, центральну, вегетативну та травну системи [26]. Сколіоз, розвиваючись у дітей, прогресує до тих пір, поки триває зростання дитини. У цей час прогресування найбільш виражено в препубертатному періоді за рахунок асиметрії зростання. До 90% кісткової маси формується до кінця підліткового та початку юнацького періоду, у хлопчиків – до 18 років, у дівчаток – ще раніше [8].

На індивідуальному рівні важливе значення має формування постави, особливо у шкільному віці. Постава – це звичне положення тіла людини, манера триматися стоячи і сидячи. Вона не передається у спадок, а формується безпосередньо у родині, дитячому закладі з самого дитинства – як відношення до фізичного розвитку та культури. Неправильній поставі можуть сприяти такі шкідливі звички як сидіння з підігнутою правою чи

лівою ногою, стояти з відставленою в сторону ногою. При цьому таз перебуває в нахилому положенні, а хребет викривлений [13].

Окрім того, діти шкільного віку, яким діагностовано сколіоз мають високу ймовірність виникнення психопатологічних розладів і нервово-психічних зривів (51,4% підлітків мають низьку нервово-психічну стійкість). Ризик виникнення розладів особистості підвищується в зв'язку зі збільшенням виразності деформації хребта та, можливо, у разі, необхідності проведення оперативного лікування. Найбільший ризик виникнення психопатологічних змін особистості мають діти до 11 і підлітки старші за 14 років, у зв'язку з цим в реабілітаційну програму необхідно вводити заняття з психологом і профорієнтаційну роботу вже в підлітковому віці. [29]

Багато вчених та лікарів, зокрема І.С. Красікова, В.Д. Гитт, В. Чаклин акцентують увагу на пріоритеті профілактичної діяльності, як в охороні здоров'я, так і в інших соціальних секторах: дошкільних закладах, школах, поліклініках.

Отже, визначення основних факторів ризику сколіозу як складної медико-соціальної проблеми дає можливість визначити основні напрямки щодо запровадження комплексної допомоги на рівні держав. Так, У більшості розвинутих країн світу започатковано програми скринінгу підліткового сколіозу у дітей шкільного віку [29]. У сучасних дослідженнях велике значення має дослідження власного погляду пацієнта на результати вимірювання якості життя пацієнтів зі сколіозом. Для цього була спеціально розроблена анкета SRS-22, яка використовувалася в ряді проведення останніх досліджень [30].

Тож, в інтересах створення умов для збереження здоров'я дітей шкільного віку необхідно формування єдиної державної політики в галузі охорони здоров'я дітей відповідно до міжнародно визнаної практики та доказової бази, забезпечення достатнім фінансуванням її державних гарантій та підвищення відповідальності всіх структур влади за їх реалізацію. А також обумовленням необхідності пошуку, розроблення та впровадження нових сучасних підходів до спостережень за станом здоров'я дітей шкільного віку, проведення ранньої діагностики для недопущення розвитку виражених важких форм сколіозу, домагатися стабілізації процесу при сколіозі, що сприяє профілактиці інвалідності та запобігати ускладненням.

Список інформаційних джерел та літератури:

1. Левков А.А., Красуля В.М. Сколіоз: причини, симптоми, лікування. Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини: зб.наук.пр.—Х.:НФУ, 2024.—Вип.5.—С.66–69.
2. Наказ Міністерства освіти і науки України від 08.06.2018 № 609 «Про затвердження примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0609729-18#Text> (останнє звернення 15.11.2024)

3. Щорічний звіт Міністерства охорони здоров'я про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. Київ, 2023. – 39 с. <https://moz.gov.ua>
4. Основи медичних знань та долікарської допомоги. Підручник для студ. вищих навч.закладів III-IV рівнів акредитації / Федонюк Я.І. та ін. Навчальна книга. Богдан, 2017. 728 с.
5. Wick JM, Konze J, Alexander K, Sweeney C. Infantile and juvenile scoliosis: the crooked path to diagnosis and treatment. *AORN J.* 2009 Sep;90(3):347-76. doi: 10.1016/j.aorn.2009.06.019. PMID: 19785096.
6. Simony, Ane, Leah Y. Carreon, and Mikkel O. Andersen. "Reliability and validity testing of a Danish translated version of the Scoliosis Research Society Instrument–22 Revised (SRS-22R)." *Spine deformity* 4.1 (2016): 16-21.
7. Росоха Л. Теорії виникнення та лікування сколіозу. Збірник студентських наукових праць. - № 1 (7). - Рівне: РВЦ МЕГУ ім. акад. С. Дем'янчука, 2017. - 202 с. - С. 114-120.
8. Perkovic, Vlado, et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine.* 2024. 391.2: 109-121.
9. Нерода Р. Види сколіозу та причини його виникнення. Інновації в освіті: реалії та перспективи розвитку: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Тернопіль, 20 травня 2022 р.). Тернопіль : ЗУНУ, 2022.. - С.236-239.
10. Левков А.А., Красуля В.М. Сколіоз:причини, симптоми, лікування. Сучасні тенденції, спрямовані на збереження здоров'я людини: зб. наук. пр. – Х.: НФУ, 2024. – Вип. 5. – С.66–69. <https://reposit.nupp.edu.ua/handle/PoltNTU/16249>
11. Беседа В. В. Порушення постави у дітей раннього та дошкільного віку (оглядовий аналіз сучасного стану проблеми). Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. – Вип. 36. – С. 5-11. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/28180>
12. Жук, Ю. О., Невелика А. В., Сутула О. В. Етіологія, патогенез та лікування сколіозу. Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині : зб. наук. пр. - м. Харків, 26 трав. 2023 р. – Вип. 2. – Харків, 2023. – С. 68-70.
13. Almahmoud OH, Baniodeh B, Musleh R, Asmar S, Zyada M, Qattousah H. Overview of adolescent idiopathic scoliosis and associated factors: a scoping review. *Int J Adolesc Med Health.* 2023 Nov 21;35(6):437-441. doi: 10.1515/ijamh-2023-0166
14. Коломієць С. І. Організація медико-психологічного супроводу для підлітків зі сколіозом. *Український вісник психоневрології*. 2017. №25, вип. 3. С. 86-89.
15. Сухомейло Д., Шнайдер, С., Рейзвіх, О., Христова, М. Сучасні тенденції профілактики та лікування захворювань у дітей з патологією опорно-рухового апарату. *Вісник стоматології.* 2024. Вип. 127, № 2. С. 132–139. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-52-2.19>
16. Тягур Т. Р. Проблема сколіозу в сучасній ортопедії. «Слобожанський науково-спортивний вісник». 2014. №3 (41). С.106-109.
17. Медико–соціальні аспекти фізичної реабілітації дітей зі сколіозом Збірник студентських наукових праць. - Рівне: РВЦ МЕГУ ім. акад. С. Дем'янчука. 2016. № 1 (5). С. 272-277.

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» від 28.02.2020 № 590. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text> (останнє звернення 15.11.2024)
19. Dufvenberg M, Diarbakerli E, Charalampidis A, et al. Six-Month Results on Treatment Adherence, Physical Activity, Spinal Appearance, Spinal Deformity, and Quality of Life in an Ongoing Randomised Trial on Conservative Treatment for Adolescent Idiopathic Scoliosis (CONTRAIS). *Journal of Clinical Medicine*. 2021. №10(21). P. 4967. <https://doi.org/10.3390/jcm10214967>
20. Senkoylu A, Riise RB, Acaroglu E, Helenius I. Diverse approaches to scoliosis in young children. *EFORT Open Rev*. 2020. V. 26. №5(10). P. 753-762. doi: 10.1302/2058-5241.5.190087. PMID: 33204519; PMCID: PMC7608509.
21. Monticone M. et al. Active self-correction and task-oriented exercises reduce spinal deformity and improve quality of life in subjects with mild adolescent idiopathic scoliosis. Results of a randomised controlled trial // *European spine journal*. 2014. V. 23. P. 1204-1214.
22. Cheung P. W. H. et al. Psychometric validation of the EuroQoL 5-Dimension 5-Level (EQ-5D-5L) in Chinese patients with adolescent idiopathic scoliosis // *Scoliosis and spinal disorders*. 2016. V. 11. P. 1-12.
23. Hébert JJ, Beynon AM, Jones BL, Wang C, Shrier I, Hartvigsen J, Leboeuf-Yde C, Hestbæk L, Swain MS, Junge T, Franz C, Wedderkopp N. Spinal pain in childhood: prevalence, trajectories, and diagnoses in children 6 to 17 years of age. *Eur J Pediatr*. 2022. №181(4). P. 1727-1736. doi: 10.1007/s00431-021-04369-5.
24. Соколова М.П., Антонов М.Ю. Особливості здоров'я формуючих установок молоді. *Гігієна населених місць*. 2023. №7. С. 126-131. <https://doi.org/10.32402/hygiene.2022.72.185>
25. Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення. Електронний ресурс: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/96-19#Text> (останнє звернення 15.11.2024)
26. Коломієць С. І. Організація медико-психологічного супроводу для підлітків зі сколіозом. *Український вісник психоневрології*. 2017. №25, вип. 3. С.86-89.
27. Kharchenko S.M. Methodological foundations of the formation of health-preserving competence of future specialists in the agrarian profile. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2019. №4(88). С. 128-38. doi: <https://doi.org/10.24139/2312-5993/2019.04/128-138>
28. Державна служба статистики України / State Statistics Service of Ukraine https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2023/zb/10/zb_szn_2022.pdf
29. Perkovic Vlado, et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2024. № 391.2. P. 109-121. doi: 10.1056/NEJMoa2403347. Epub 2024 May 24. PMID: 38785209.
30. Danielsson, Aina J., Karin Romberg. Reliability and validity of the swedish version of the scoliosis research society–22 (SRS-22r) patient questionnaire for idiopathic scoliosis. *Spine*. 2013. №38.21. P. 1875-1884. doi 10.1097/BRS.0b013e3182a211c0.

Зюзін В.О.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри гігієни, соціальної медицини,
громадського здоров'я та медичної інформатики
Савельєв А.О.,
аспірант кафедри гігієни, соціальної медицини,
громадського здоров'я та медичної інформатики
Фролов Ю.А.
доктор філософії (PhD) з управління,
старший викладач кафедри гігієни, соціальної медицини,
громадського здоров'я та медичної інформатики
Чорноморський національний університет
імені Петра Могили

ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЯК МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНА ПРОБЛЕМА

Встановлено, що чисельність населення в Україні за останніх 20 років скоротилась. За даними перепису 2001 року в Україні було 48,5 млн. населення, вслід за цим, чисельність населення держави знижувались поступово до 45,4 млн. у 2013 році, а потім різко – до 42,9 млн. у 2014 році, що стало наслідком окупації російською федерацією АР Крим та частини Донецької і Луганської областей. Проте і надалі чисельність населення України продовжувала знижуватись та досягла за оціночними даними (оскільки з 2001 року більше переписів населення з різних причин не проводилось) 41,2 млн. у 2021 році.

За 2001 – 2020 р.р. практично не змінилась за статтю структура населення в Україні, питома вага жінок залишилась вищою. В державі загалом цей показник становив 54,0% в 2001 році і 53,7% у 2020 році.

При аналізі змін в структурі населення за місцем проживання з'ясовано, що в Україні суттєво вищою була і є частка міського населення. Водночас впродовж 2001 – 2020 р.р. процеси урбанізації посилювалися, оскільки показник зріс з 67,2% до 69,6%.

Аналіз вікової структури населення дозволив виявити несприятливі тенденції. Зокрема, в Україні в цілому спостерігалось зниження питомої ваги дітей 0 – 14 років (з 16,5% у 2001 році до 15,2% у 2020 році) та зростання частки осіб у віці 60 років і старших (з 21,3% до 24,4% відповідно), в т.ч. понад 65 років (з 14,4% до 17,4%), що у 2 – 2,5 рази перевищує поріг постаріння населення (>7% у відповідності з критеріями ВООЗ, 1982).

Аналіз демографічної ситуації засвідчив її несприятливі тенденції в Україні загалом, а саме: зниження чисельності та зростання демографічного навантаження внаслідок постаріння населення.

Серед основних причин смертності, втрачених років життя та років життя з поправкою на інвалідність злоякісні новоутворення займають другу позицію після серцево-судинних захворювань протягом тривалого часу [1, 2, 3].

Разом з тим Україна стикається зі складною медико-демографічною ситуацією, що вимагає від системи громадського здоров'я, комплексних, цілеспрямованих та ефективних заходів. Ці дії спрямовані на зниження рівня смертності серед дітей осіб працездатного віку, профілактику неінфекційних хвороб, раннє виявлення та ефективне лікування [4, 5]. Проблема онкології давно вже переступила за рамки охорони здоров'я і стала серйозною соціальною проблемою. Оскільки смертність від злоякісних новоутворень призводить до соціально-економічних втрат, це дає можливість розглядати боротьбу зі злоякісними новоутвореннями як державну проблему [6, 7, 8].

В Україні, як і в усьому світі, онкологічна патологія займає перше -друге місце серед причин смертності дорослого населення [9, 10, 11]. Злоякісні новоутворення призводять до 12% випадків смертності та 26% інвалідизації населення. Серед причин смерті у працездатного населення злоякісні новоутворення становлять 14% серед чоловіків та 29% поміж жінок [12, 13]. Боротьба зі злоякісними новоутвореннями є однією з найважливіших проблем в галузі охорони здоров'я, яка стає особливо актуальною через постійне зростання захворюваності населення, труднощі у своєчасній діагностиці, високу вартість та складність лікування, а також високий рівень інвалідизації та смертності серед хворих [14].

Серед країн Європи Україна займає другу позицію за темпами поширення злоякісних новоутворень. Згідно з даними Центру медичної статистики, на початку 2021 року в Україні в медичних установах зареєстровано 1 мільйон 187,6 тисяч пацієнтів із захворюваннями.

Показники захворюваності населення України на злоякісні новоутворення протягом 2015 - 2019 років зростали на 3,3%, після чого відбулося їх різке зниження в порівнянні з 2019 роком на 25,0%. Проте, зменшення числа випадків онкозахворювань в Україні обумовлено не покращенням ситуації, а значним зменшенням кількості звернень пацієнтів до медичних закладів в зв'язку з пандемією COVID-19. Отже, можна очікувати значного зростання захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень в наступні роки.

Структура захворюваності та смертності від раку 2020 році не зазнала суттєвої зміни порівняно з попередніми роками. Станом на 2020 рік чоловіки найчастіше хворіли на рак трахеї, бронхів та легенів (15,3%), злоякісні новоутворення передміхурової залози (12,4%), немеланомні захворювання шкіри (9,9%), та злоякісні новоутворення ободової кишки (6,8%). Найпоширенішими онкологічними захворюваннями серед жінок були рак молочної залози (20,3%), немеланомні захворювання шкіри (12,9%), рак матки (9,5%) та ободової кишки (6,6%).

В структурі смертності поміж чоловічого населення України провідну роль відіграють онкозахворювання трахеї, бронхів та легенів (22,1%), передміхурової залози (9,7%), рак шлунку (9,2%) та ободової кишки (6,7%), що загалом складає 47,7%. Серед населення жіночої статті - це злоякісні новоутворення грудної залози (20,1%), ободової кишки (8,4%), шлунку (7,5%) та трахеї, бронхів, легенів (6,6%), що разом складає 42,6%.

Статеві-вікові показники захворюваності на злоякісні новоутворення протягом всіх 6 років були найвищими у віковій категорії 65 – 74 роки. Їх частка серед чоловіків складає 33,0% та серед жінок – 27,2%. Вивчення вікової структури захворюваності на рак у 2020 році встановило, що серед чоловіків 52,3% припадає на особи старших вікових категорій (віком понад 65 років), тоді як поміж жінок цей показник становить 48,0%. Частка працездатного населення серед хворих складає 46,9% чоловіків і 59,1% жінок.

Серед осіб, які померли від раку в 2020 році, 55,3% чоловіків та 59,1% жінок належать до старших вікових категорій. Одночасно, частка чоловіків працездатного віку, померлих від раку становить 44,3%, а частка жінок – 40,5%.

Особлива медико-соціальна значимість злоякісних новоутворень зумовила створення державної системи організації онкологічної допомоги населенню. В основу цієї системи покладено принципи диспансеризації, що передбачає активне динамічне спостереження за станом здоров'я хворих, надання їм необхідної лікувально-діагностичної допомоги.

Статистичні дані в межах України не значно відрізняються від таких у світі: злоякісні новоутворення належать до 5 основних причин смерті і займають друге місце у структурі смертності поміж українців. З 1990 року смертність внаслідок злоякісних новоутворень складала 18,6% від загальної кількості смертей і знизилася до 14,1% у 2019 році. На теренах України створено Всеукраїнську соціально-освітню компанію для підтримки онкопацієнтів та їх близьких [15]. Українські та закордонні вчені [16, 17, 8, 19, 20] провели дослідження щодо рівня якості життя у пацієнтів з онкозахворюваннями і встановили, що це захворювання значно погіршує якість життя хворих, впливає на їхній психоемоційний та фізичний стан, міжособистісні відносини та працездатність. Результати психодіагностики свідчили про те, що найбільш постраждалою областю життя онкологічних пацієнтів було фізичне та психічне здоров'я. Фізичні проблеми призводили до зниження працездатності та, меншою мірою, до обмеження самообслуговування та незалежності в діях. В ході дослідження було встановлено, що на кожному етапі припухлиного лікування спостерігалось погіршення якості життя, і при збільшенні тривалості онкологічного захворювання негативний вплив поступово зростав.

Гендерний аналіз показав, що у жінок з онкологією були нижчі показники психологічного благополуччя, а у чоловіків - міжособистісної взаємодії, соціоемоційної та суспільної підтримки.

Таким чином, з урахуванням низьких показників якості життя у онкологічних пацієнтів, важливо розробити соціально-психологічний супровід для онкохворих та їхніх родин. Цей супровід повинен включати розроблення та впровадження стандартизованої психологічної допомоги на всіх етапах діагностики, лікування та реабілітації. Також важливо забезпечити охорону психічного здоров'я в усіх медичних установах, які надають лікування онкопацієнтам.

Вирішення основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я, яке полягає у забезпеченні населення доступною та якісною медичною допомогою, розробці та впровадженні профілактичних заходів, а також в ефективній роботі спеціалізованих та високоспеціалізованих служб, неможливе без розуміння основних показників, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення [21].

Боротьба з онкологічними захворюваннями є однією з ключових проблем охорони здоров'я в Україні. Актуальність цієї проблеми визначається постійним зростанням захворюваності серед населення, складнощами у своєчасній (ранній) діагностиці, високими втратами та складністю лікування, а також високим рівнем інвалідизації та смертності серед хворих.

Важливим елементом в організації онкологічної допомоги хворим та оцінці діяльності онкологічних установ є систематичний аналіз даних онкологічної статистики. Цей аналіз включає в себе вивчення поширеності онкологічної патології серед населення, статеві-вікового розподілу пацієнтів, медико-географічних особливостей захворюваності та смертності, а також ефективності заходів у сфері боротьби зі злоякісними новоутвореннями. Для оцінки ефективності та якості боротьби зі злоякісними новоутвореннями в регіоні використовується комплекс кількісних показників, серед яких найважливішими є:

- показники захворюваності та смертності, їх динаміка та прогноз;
- показники летальності до року з моменту встановлення діагнозу;
- питома вага морфологічно підтверджених діагнозів;
- охоплення хворих спеціалізованим лікуванням;
- показники виживання онкологічних хворих.

Зазначені показники аналізують різні аспекти боротьби з пухлинами, включаючи ефективність профілактики, діагностики, лікування та реабілітації онкологічних пацієнтів [22].

Дослідження сучасних особливостей структури, рівнів захворюваності та поширеності онкопатології на регіональному рівні було важливим та актуальним і проводилося для оцінки якості і ефективності боротьби зі злоякісними новоутвореннями на регіональному рівні, що в подальшому буде враховано для оперативного керівництва галуззю регіону та планування перспективи її розвитку.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Іпатов А.В., Мороз О.М., Ханюкова І.Я., Гондуленко Н.О., Саніна Н.А., Ульянова А.М. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2020 рік: аналітико-інформаційний довідник. Дніпро: Акцент ПП, 2021 – 188с.
2. Центр громадського здоров'я України / МОЗ [Інтернет]. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження Глобального тягара хвороб. Доступно на: <http://phc.org.ua/news/u-2019->

roci-povoutvorennya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z

3. Гандзюк Н.М., Теренда Н.О. Основні тенденції і прогностні оцінки смертності та захворюваності на онкогінекологічну патологію у жінок репродуктивного віку в Україні й Тернопільській області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021;(2):13-17. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12374>

4. Центр громадського здоров'я України / МОЗ [Інтернет]. Що варто знати про онкологічні захворювання та як від них уберегтися. Доступно на: <https://phc.org.ua/news/scho-var-to-znati-pro-onkologichni-zakhvoryuvannya-ta-yak-vid-nikh-uberegtisya>

5. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кошеля І.І., Дудник С.В. Медико-демографічна ситуація як глобальна проблема громадського здоров'я України. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3(81):62-72 <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10594>

6. Зуб В.О. «Ціна раку»: економічні втрати, спричинені онкологічними захворюваннями. Україна. Здоров'я нації. 2023;1 (71):41-45 <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/07>

7. Гулашова І, Петеркова Юстова Н, Бабечка Й. Соціально-економічні аспекти лікування онкологічних пацієнтів у закладах СПА. Журнал європейської економіки. 2020;19(4):743-758.

8. Шевченко А.І., Колеснік О.П., Шевченко Н.Ф., Сидоренко О.М., Каджоян А.В., Левик О.М. та ін. Онкологія: підручник. Вінниця: Нова Книга, 2020. – 488с.

9. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й. та ін. Рак в Україні, 2020–2021. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс]. Бюлетень Національного канцер-реєстру України №22. 2021;22. Режим доступу до ресурсу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/index.htm

10. Романів М.П. Медико-статистична оцінка статеві-вікової структури захворюваності та смертності від онкологічних захворювань в Україні. Вісник наукових досліджень. 2017; 1:85-90. <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2017.1.7594>

11. Огнев В.А., Зінчук А.М. Визначення чинників, що впливають на розвиток раку легенів, та сили їх впливу на організм людини. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015;2(64):36-40.

12. Голованова І.А., Вовк О.Я. Взаємозв'язок розвитку раку шийки матки і рівня проведення профілактичних онкологічних оглядів. Організаційно-правові та соціально-економічні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні: колективна монографія. Полтава: ТОВ «Техсервіс»; 2021:14-24.

13. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й. та ін. Рак в Україні, 2017-2018: Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби.

Бюлетень Національного канцер-реєстру України №20 [Інтернет] Доступно на: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_20/index.htm

14. Компендіум [Інтернет]. Етіологія епідеміології злоякісних новоутворень. Доступно на: <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/onkologiya/rozdil-nbsp-1-etiologya-j-epidemiologiya-zloyakisnih-novoutvorenvznachennya-onkologiyi-yak-nauki/>

15. Origin Enterprises [Internet]. Портал з психологічної та експертної інформації для онкохворих. Доступно на: <https://butyporuch.com.ua/>

16. Зуб В.О. Порівняльний аналіз якості життя пацієнтів з раком легень, простати, молочної залози та шлунку в Україні згідно опитувальника EORTC QLQ-C30. Клінічна та профілактична медицина. 2023;2(24):45-54. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(24\).2023.07](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(24).2023.07)

17. Мухаровська І.Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2017;1(7):91-95.

18. Guan T, Santacroce SJ, Chen DG, Song L. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psychooncology*. 2020;29(6):1019-1025. doi:10.1002/pon.5372.

19. Shirali E, Yarandi F, Ghaemi M, Montazeri A. Quality of life in Patients with Gynecological Cancers: A Web-Based Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020;21(7):1969-1975. doi: 10.31557/APJCP.2020.21.7.1969

20. Daly L.E., Dolan R.D., Power D.G., Bhuachalla E.N., Sim W, Cushen S.J., et al. Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2020;126(12):2872-2882 doi: 10.1002/cnecr.32824

21. Мельник П.С., Слабкий П.О., Дзюба О.М., Чепелевська Л.Н., Кудренко М.В. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України». Київ; 2018. 458с.

22. Маргарита Л.В., Добаш О.І., Дем'ян В.І., Скаканді С.І. Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області за 2015 рік. Ужгород: Департамент охорони здоров'я. Закарпатський обласний медичний інформаційно-аналітичний центр; 2016. 116 с.

СВІТОВИЙ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ІЗ РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Питання організації медичної допомоги жінкам із раком молочної залози входить до числа важливих медичних і соціально-економічних питань, які потребують посиленої уваги. За даними провідних дослідників, рівень смертності від усіх злоякісних новоутворень у світі за останні сто років перемістився з десятого на друге місце, У квітні 2024 року Американське ракове товариство опублікувало останню глобальну статистику раку. Так, у 2022 році в усьому світі було виявлено близько 20 мільйонів випадків раку, а 9,7 мільйона людей померли. За прогнозами, до 2050 року кількість випадків раку в усьому світі зросте до 35 мільйонів [1].

Американське онкологічне товариство це провідна організація світу, яка бореться з онкологічними захворюваннями для всіх верств населення. Понад 100 років вони покращують життя онкохворих людей та їхніх сімей як єдина організація, що бореться з раком через адвокацію, дослідження та підтримку пацієнтів. Ціллю їх роботи є забезпечення кожному можливість запобігти, виявити, лікувати та вижити від раку [1].

Головним важелем покращення результатів лікування і зниження смертності від раку молочних залоз (РМЗ) вважається масовий скринінг вразливих груп населення для ранньої діагностики захворювання. Всесвітньою організацією охорони здоров'я скринінг визначається як імовірне виявлення нерозпізаного захворювання у начебто здорової безсимптомної популяції за допомогою тестів, оглядів або інших процедур, які можна швидко та легко застосувати до цільової популяції.

Світовий досвід організації медичної допомоги жінкам із раком молочної залози на сьогодні є безцінним. Надзвичайно важливим у питаннях організації медичної допомоги є знання населення всіх верств у необхідності проведення скринінгу РМЗ для ранньої діагностики на доклінічній стадії захворювання.

Згідно з даними А.К. Lofters та співавторів, рівень знань щодо онкологічного скринінгу канадськими пацієнтками був переважно низьким. Хоча більшість респондентів знали рекомендовані тести для скринінгу РМЗ і раку шийки матки, дуже мало учасниць правильно визначили рекомендований вік і частоту скринінгу. А за оцінкою Американського онкологічного товариства (American Cancer Society), приблизно 1 з 8 інвазивних видів РМЗ розвивається у жінок віком більше 55 років [2]. Тому проведення скринінгу у цієї категорії жінок є дуже важливим. Однак, хоча рівень знань стосовно рекомендацій щодо скринінгу серед пацієнток цього дослідження був низьким, це не впливало негативно на бажання взяти участь у скринінгу [3].

Проект Euroscreen опублікував огляд оцінок смертності на основі захворюваності в програмах скринінгу раку молочної залози до жовтня 2019 року. Був проведений всесвітній огляд і мета-аналіз когортних досліджень, що вимірюють вплив програм скринінгу мамографії на смертність від раку молочної залози на основі захворюваності. Результати метааналізу показали значне зниження смертності від раку молочної залози на 22% при запрошенні на скринінг з відносним ризиком 0,78 (95% ДІ 0,75-0,82) і значне зниження на 33% при фактичному відвідуванні скринінгу (RR 0,67, 95% ДІ 0,61-0,75). Скринінг раку молочної залози в звичайних медичних установах продовжує суттєво знижувати смертність від раку молочної залози [4].

В той же час медпрацівники в Саудівській Аравії з групи високого ризику показали низьку прихильність до скринінгу, зокрема на рак молочної залози, шийки матки та товстої кишки. Тому рекомендації щодо медичного обстеження та скринінгу раку мають бути доступні для всіх медичних працівників незалежно від їх спеціальності [5].

На сьогодні у арсеналі ранньої діагностики РМЗ ми маємо інструмент оцінки ризику раку молочної залози (BCRAT), також відомий як модель Гейла. Він дозволяє медичним працівникам оцінити ризик розвитку інвазивного раку молочної залози у жінки протягом наступних п'яти років і до 90 років (ризик протягом усього життя).

Модель Гейла використовує особисту медичну та репродуктивну історію жінки та історію раку молочної залози серед її родичів першого ступеня (матері, сестер, дочок), щоб оцінити абсолютний ризик раку молочної залози – її ймовірність або ймовірність розвитку інвазивного раку молочної залози у визначеному віковому інтервалі. Виконання цього калькулятора займає близько п'яти хвилин. Хоча ризик для жінки можна точно оцінити, ці прогнози не дозволяють точно сказати, яка жінка розвине рак молочної залози. Насправді деякі жінки, у яких рак молочної залози не розвивається, мають вищий ризик, ніж деякі жінки, у яких рак молочної залози розвивається [6].

В Україні виконання скринінгових програм проходить неналежно, що є одним із чинників відсутності значного прогресу в лікуванні РМЗ.

Нині онкологічна служба в Україні представлена 48 спеціалізованими онкологічними установами, серед яких науково-дослідні інститути, обласні онкологічні диспансери та онкологічні диспансери комунального підпорядкування в містах з населенням понад 1 млн осіб. Крім того, спеціалізована онкологічна служба доповнюється мережею онкологічних відділень у лікарнях та онкологічних диспансерах. Організаційно-методичне управління онкологічної служби України здійснює Національний інститут раку МОЗ України. До функцій онкологічних медичних закладів входить діагностика, лікування та спостереження за онкохворими, а також реєстрація випадків захворювання в регіоні діяльності, що забезпечує ведення інформаційної бази для оцінки захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень в Україні. З 1989 року розпочалася робота над розробкою сучасної технології реєстрації онкологічної інформації, її зберігання на

магнітних носіях, комп'ютерної обробки та передачі даних, а також створення Національного онкологічного реєстру України. Удосконалення онкологічного обліку шляхом переходу від "паперової" технології до комп'ютерної техніки розпочато наказом МОЗ України № 10 про створення Національного онкологічного реєстру України у 1996 році [7].

Надання онкологічної допомоги на рівні держави включає створення та забезпечення функціонування системи профілактичних, діагностичних та лікувальних закладів, робота яких спрямована на попередження, діагностику та лікування онкологічних захворювань [8].

Національний досвід стандарту організації медичної допомоги жінкам із раком молочної залози висвітлено у стандарті лікування РМЗ 2024 року.

Загалом, за оцінками фахівців, ризик захворіти на рак в Україні має кожен четвертий чоловік та кожна шоста жінка.

Захворюваність на рак в Україні складає 380 випадків на 100 тис. населення, що виводить країну в лідери на Європейському континенті. Станом на 1 січня 2019 року на онкологічному обліку в Україні перебувало близько мільйона хворих (975 301 осіб). За даними Національного канцер-реєстру, щорічно у нашій державі рак вперше діагностують у близько 140 тис. дорослих осіб і у понад 1 000 дітей. Згідно з прогностичними оцінками рівень захворюваності на злоякісні новоутворення в Україні до 2030 року може зрости до 180 тис. осіб у рік [9]. В структурі онкологічної захворюваності переважають злоякісні новоутворення у жінок переважають злоякісні новоутворення шкіри, грудної залози, тіла та шийки матки і щитовидної залози.

Через розв'язання російською федерацією повномасштабної війни проти України та введення військового стану було відкладено реалізацію даного рішення із зрозумілих на те причин.

Пізня діагностика РМЗ значною мірою зумовлена порушенням системи та низькою ефективністю профоглядів, системи диспансеризації, системи профілактичних заходів, недосконалістю освітніх програм, відсутністю відповідної соціальної реклами.

Медична допомога пацієнтам з раком молочної залози надається в закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу, та потребує співпраці та інтегрованого ведення мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені лікарі: онколог, гінеколог-онколог, хірург-онколог, радіолог, рентгенолог, патологоанатом, лікар з променевої терапії та лікар загальної практики-сімейний лікар. Лікарі різних спеціальностей повинні бути обізнані щодо основних факторів ризику та початкових клінічних проявів РМЗ з метою раннього виявлення та направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Інформація про усі можливі варіанти лікування РМЗ повинна надаватись пацієнтам в зрозумілій формі, з урахуванням індивідуального культурного та освітнього рівня, з обговоренням мети при виборі відповідної тактики лікування [10].

Обов'язковими діями лікарів первинного контакту з пацієнтами з підозрою на РМЗ є направлення їх у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, з метою встановлення діагнозу та призначення лікування. У 2024 році розроблено локально узгоджений клінічний маршрут пацієнта, що координує та інтегрує медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнток з РМЗ. Існує задокументований індивідуальний план обстеження та лікування, узгоджений з пацієнтом та/або членами сім'ї/особи (за згодою), які здійснюють догляд. З метою виявлення факторів ризику первина профілактика РМЗ проводиться пацієнтам у віці: 21-29 років – опитування стосовно факторів ризику (далі – ФР) та симптомів, що можуть свідчити про РМЗ, кожні 3 роки (при виявленні 2 симптомів – направлення на мамографію); 30-39 років – опитування стосовно ФР чи симптомів, що можуть свідчити про РМЗ, кожні 2 роки (при виявленні симптомів – направлення на мамографію), 40-49 років – за наявності ФР проводиться огляд та направлення на мамографію кожні 2 роки 50-69 років – обов'язковий періодичний медичний огляд та направлення на мамографію кожні 2 роки 70 років і далі – регулярно проводити клінічні обстеження та самообстеження молочної залози (мамографія – в залежності від показань). Пацієнтам з обтяженим сімейним анамнезом РМЗ, з підтвердженими мутаціями BRCA або без них, щорічно проводиться магнітно-резонансна томографія (далі – МРТ) молочних залоз та мамографія (супутні або по черзі). При встановленій герміногенній мутації в генах BRCA 1/2 розглядається виконання МРТ молочних залоз із контрастуванням з настанням повнолітнього віку. Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються інформацією у доступній формі щодо стану пацієнта, плану обстеження, лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для покращення результатів медичної допомоги, контакти для отримання додаткової інформації та консультації. Бажано провести скринінг на поширені генетичні мутації BRCA 1/2, PALB2, TP53, особливо для пацієнтів у віці молодше 50 років та з обтяженим сімейним онкологічним анамнезом молодше 50 років.

РМЗ може бути запідозрений на підставі скарг пацієнта, при обстеженні молочних залоз пальпаторно, проведеної мамографії (під час виконання обов'язкових скринінгових програм РМЗ) та ультразвукографічного дослідження. Діагноз РМЗ встановлюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, на підставі збору анамнестичних даних, фізикального обстеження, клінічних ознак в поєднанні з візуалізацією та підтверджується патологоанатомічним обстеженням. Візуалізація включає двосторонню мамографію та ультразвукове дослідження (далі – УЗД) молочних залоз із регіонарними лімфовузлами. МРТ рекомендується у разі невизначеності після стандартної візуалізації та в особливих клінічних ситуаціях. Окрім візуалізації, оцінка захворювання перед лікуванням включає патоморфологічне дослідження первинної пухлини та цитологію/гістологію аксиллярних вузлів, якщо є підозра на їх ураження. Клінічне обстеження включає бімануальну пальпацію молочних залоз і регіонарних лімфатичних

вузлів та оцінку віддалених метастазів (кістки, печінка та легені; неврологічне обстеження потрібне лише за наявності симптомів). З метою визначення стратегії лікування проводиться всебічне обстеження пацієнта для правильного встановлення ознак злоякісного пухлинного росту, стадії захворювання, огляд лікаря-онколога, лікаря з променевої терапії та інших фахівців за необхідності.

Патологічний діагноз повинен ґрунтуватися на товстоголковій біопсії, бажано проведений за допомогою УЗД або стереотаксичного наведення [10].

В українському стандарті лікування вказана тактика ведення пацієтів на рак молочної залози на ранніх стадіях та метастатичний рак молочної залози (далі – МРМЗ)

Спеціальне протипухлинне лікування пацієнтів з РМЗ здійснюється виключно у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, після якого, за необхідності, пацієнтів направляють на консультації до лікарів: пластичних/реконструктивних хірургів, психологів, фізіотерапевтів і генетиків [10].

Лікування РМЗ ранніх стадій є комплексним і передбачає поєднання локальних методів (хірургічного, променевої терапії (далі - ПТ)), системних протипухлинних методів лікування (ХТ, ЕТ, таргетної терапії, імунотерапії) і підтримуючих методів, що здійснюються в різній послідовності та комбінаціях, залежно від стану пацієнта, морфології пухлини та стадії захворювання.

Після спеціального лікування РМЗ пацієнти мають перебувати під спостереженням з плановими оглядами в ЗОЗ, в якому отримували лікування, або за місцем реєстрації. Лікарі загальної практики-сімейної медицини сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій фахівців, в тому числі виконання плану спостереження.

Тактика ведення пацієнтів з РМЗ включає контрольні візити кожні 3-4 місяці у перші 2 роки (кожні 6 місяців для пацієнтів низького ризику та наявністю/відсутністю протокової карциноми *in situ*), кожні 6-8 місяців від 3 до 5 років і щорічно після цього (залежно від ризику рецидиву і потреб пацієнтів). Щорічно пацієнтам виконується двостороння (після органозберігаючої операції) та/або контралатеральна мамографія (після мастектомії) з УЗД та МРТ молочної залози. У безсимптомних пацієнтів лабораторні або візуалізаційні тести (аналіз крові, рентген грудної клітки, сканування кісток, УЗД печінки, КТ, ФДГ-ПЕТКТ) або будь-які пухлинні маркери як СА15-3 або СЕА, призначати не рекомендовано. З метою контролю потенційних побічних ефектів безсимптомним пацієнтам, які приймають ЕТ, призначають лабораторні дослідження крові (Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ, креатинін, лужна фосфатаза, ГГТ, білок), Са15-3. Узд, якщо не можливо клінічно оглянути пацієнта). Пацієнтам, які приймають ІА або проходять пригнічення функції яєчників, регулярно проводиться визначення щільності кісткової тканини. Пацієнтам з МРМЗ контроль лікування проводиться залежно від біології пухлини, клінічних даних, отриманої терапії та

поширеності метастатичного процесу. Пацієнтам з генетично зумовленим РМЗ потребують особливої уваги та спостереження. Залежно від визначеної мутації потребують консультацій та спостереження гінекологів, онкологів з урахуванням можливого ризику розвитку іншого онкологічного захворювання. Бажано надати консультацію пацієнтам щодо здорового способу життя, включаючи модифікацію дієти та фізичні вправи, довгострокові проблеми виживаності, включаючи психологічні проблеми та проблеми, пов'язані з роботою, сім'єю та сексуальністю. За потреби пацієнти направляються до спеціалізованих реабілітаційних установ і послуг.

UNFPA, Фонд ООН у галузі народонаселення в Україні, ініціював національний проєкт «Ти — це важливо». Ця ініціатива має на меті збільшення обізнаності про регулярні медичні огляди жінок та раннє виявлення раку молочної залози. У контексті пандемії COVID-19 та війни в Україні відзначається зменшення кількості жінок, які відвідують мамолога. За даними Національного канцер-реєстру, щорічно в Україні фіксують рак молочної залози у 15 тисяч жінок, із яких 5 тисяч, на жаль, помирають. Показники захворюваності ростуть, при цьому вік є одним із головних факторів ризику. Згідно з даними Інституту раку, кожна сьома-восьма жінка стикається з проблемами молочних залоз. Багато жінок звертаються по допомогу занадто пізно, а 25% пацієток на момент первинного огляду мають метастатичні стадії хвороби, що ускладнює лікування. В той же час, шанс на успішне лікування складає 95%, за умови раннього діагностування. UNFPA, Фонд ООН у галузі народонаселення в Україні, закликає жінок та чоловіків країни приєднатися до кампанії «Ти — це важливо» і звернути особливу увагу на здоров'я себе та близьких у контексті профілактики та раннього виявлення раку молочної залози і, якщо це жінка з декретованого контингенту, вона повинна звернутися до сімейного лікаря для направлення на безкоштовну мамографію [11].

Більшість форм раку можна вилікувати на початкових стадіях. Наприклад, рак молочної залози на I стадії виліковний у 95% жінок. Натомість кожній четвертій жінці в Україні рак грудей діагностують вже на III-IV стадії, коли ефективність лікування значно знижується. Схожа ситуація і зі здоров'ям чоловіків: у 21% випадків рак простати виявляють вже на метастатичних стадіях [12].

МОЗ України видало наказ про порядок скринінгу і ранньої діагностики раку молочної залози та моніторингу стану здоров'я пацієток з груп ризику та з передпухлинною патологією. Цей Порядок визначає організаційні засади для ефективного виявлення та ранньої діагностики раку молочної залози відповідно до науково обґрунтованих рекомендацій, здійснення моніторингу стану здоров'я пацієток з груп ризику та з передпухлинною патологією з метою своєчасного їх перенаправлення для отримання спеціалізованої медичної допомоги [13].

Первинна профілактика РМЗ спрямована на зниження поширеності факторів ризику, а також на запобігання виникненню і поширенню РМЗ, його наслідків та ускладнень. Цільовою групою первинної профілактики РМЗ є всі

жінки з 21 року. Первинна профілактика РМЗ здійснюється ЗОЗ-надавачами ПМД, з якими жінками було подано декларацію про вибір лікаря ПМД, лікарем з надання ПМД або акушером-гінекологом. Первинна профілактика включає консультування та інформаційно-просвітницька діяльність щодо поведінкових, соціальних, медичних та інших ризиків для здоров'я, які можуть викликати РМЗ за місцем надання медичної допомоги, з використанням можливостей електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ), засобів масової інформації, у соцмережах, на масових заходах; інформування населення всіма доступними засобами, у тому числі засобами телекомунікацій, а також через СМС, месенджери, чат-боти та з використанням засобів телемедицини про РМЗ, фактори ризику його виникнення, засоби профілактики хвороби, важливість самообстеження жінок, щодо важливості періодичних медичних оглядів, скринінгів, популяризація активного здорового способу життя; періодичне проведення опитування та заповнення анамнестичної анкети під час звернення до ЗОЗ, лікаря з надання ПМД або до акушера-гінеколога жінок від 21 року з метою виявлення факторів ризику; огляд та пальпація молочних залоз, гінекологічний огляд під час проведення профілактичних медичних оглядів та обстежень; профілактика РМЗ на всіх рівнях медичної допомоги згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я та порядками надання медичної допомоги. Опитування стосовно факторів ризику та симптомів, що можуть свідчити про РМЗ, у тому числі з використанням анамнестичної анкети є обов'язковим: для жінок віком 30-49 років – кожні два роки, у разі виявлення за результатами попереднього опитування факторів ризику у жінок 30-49 років – щороку. Для жінок 21-29 років опитування стосовно факторів ризику та симптомів, що можуть свідчити про РМЗ, у тому числі з використанням анамнестичної анкети рекомендовано кожні 3 роки. Опитування може бути проведено під час візиту пацієнтки до ЗОЗ, лікаря з надання ПМД чи акушера-гінеколога, а також з використанням засобів телемедицини. У разі виявлення за результатами медичного обстеження чи опитування жінки ознак, що можуть свідчити про наявність РМЗ пацієнтка направляється на обстеження та надання спеціалізованої медичної допомоги згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я [13].

В наказі про порядок скринінгу і ранньої діагностики раку молочної залози та моніторингу стану здоров'я пацієнток з груп ризику та з передпухлинною патологією рекомендований алгоритм вторинної профілактики раку молочної залози та моніторинг стану здоров'я пацієнток з груп ризику та з передпухлинною патологією.

Важливим для оптимізації роботи системи надання онкологічної допомоги населенню є здійснення ефективних заходів щодо відродження економіки підприємств, установ та організацій усіх форм власності, що займаються фізкультурно-оздоровчою та спортивною діяльністю, сприяння розвитку аматорського масового спорту, комплекс заходів щодо розвитку масової фізичної культури, відродження в державі пропаганди здорового харчування, систематичної протипухлинної та санітарно-просвітницької роботи [14].

Сучасні теоретичні знання та результати фундаментальних досліджень стрімко змінюють наше уявлення про причини, механізми та особливості злоякісного процесу. Відповідно, система надання онкологічної допомоги на даному етапі її розвитку також зазнає змін, що оптимізують функціонування медичних та дослідних установ, забезпечуючи високу якість їх роботи [7].

Список інформаційних джерел та літератури

1. Global Cancer Statistics: American Cancer Society Releases Latest Global Cancer Statistics. Apr 4, 2024., <https://pressroom.cancer.org/GlobalCancerStatistics2024>
2. American Cancer Society, Key Statistics for Breast Cancer. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.htm>
3. Lofters A.K., Telner D., Kalia S., Slater M. (2018) Association Between Adherence to Cancer Screening and Knowledge of Screening Guidelines: Feasibility Study Linking Self-Reported Survey Data With Medical Records. *JMIR cancer*, 4(2): e10529. DOI: 10.2196/10529.
4. Dibden A., Offman J., Duffy S.W., Gabe R. (2020) Worldwide Review and MetaAnalysis of Cohort Studies Measuring the Effect of Mammography Screening Programmes on Incidence-Based Breast Cancer Mortality. *Cancers (Basel)*, 12(4): 976. DOI: 10.3390/cancers12040976.
5. Shaheen N.A., Alaskar A., Almuflih A. et al. (2021) Screening Practices, Knowledge and Adherence Among Health Care Professionals at a Tertiary Care Hospital. *Int. J. Gen. Med.*, 14: 6975–6989. DOI: 10.2147/IJGM.S329056.
6. The Breast Cancer Risk Assessment Tool. US National Cancer Institute. <https://bcrisktool.cancer.gov/>
7. Максимюк І. В. Генезис системи надання онкологічної допомоги населенню України. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 9-10. С. 116-121. DOI: 10.32702/2306-6814.2022.9-10.116.
8. Чехун В.Ф. Новітні технології діагностики у персоналізації лікування онкологічних хворих. *Онкологія*. 2019, Т. 21, № 3. С. 255—256
9. Mubarik S, Hu Y, Yu C. A multi-country comparison of stochastic models of breast cancer mortality with P-splines smoothing approach. *BMC Med Res Methodol*. (2020) 20:299. doi: 10.1186/s12874-020-01187-5 PubMed Abstract | CrossRef Full Text | Google Scholar
10. Стандарт медичної допомоги Рак молочної залози. 2024 <https://moz.gov.ua/storage/uploads/2f3182b3-35f4-4e4e-af97>
11. Всеукраїнська кампанія по боротьбі з раком молочної залози. «Ти — це важливо». <https://ukraine.unfra.org/uk/%C2%AB%D1%82%D0%B8-%E2%80%94>
12. Онко-скринінг: які обстеження і у якому віці треба проходити чоловікам та жінкам <https://moz.gov.ua/uk/onko-skrining-jaki-obstezhennja-i-u-jakomu-vici-treba-prohoditi-cholovikam-ta-zhinkam>
13. Порядок скринінгу і ранньої діагностики раку молочної залози та моніторингу стану здоров'я пацієнток з груп ризику та з передпухлинною патологією <https://moz.gov.ua/storage/uploads/9892b923-2b97-455c-81ef->
14. Fedorenko, Z.P. Mykhajlovych, Yu.J. and Hulak, L.O. (2018), "Cancer in Ukraine, 2016—2017. Morbidity, mortality, performance of the oncology service", *Biuleten' Natsional'noho kantserreiestru Ukrainy*, vol. 19, available at: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_19/index.htm (Accessed 22 April 2022).

Любінець О.,
доктор медичних наук, професор,
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
Мілашовська В.,
доктор філософії,
медичний центр «Сіті Мед», м. Мукачево

МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ПРОЦЕСИ В МУКАЧІВСЬКОМУ РАЙОНІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ТЛІ АДМІНІСТРАТИВНО- ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ЗМІН

Медико-демографічні процеси, які відбуваються в Україні, потребують детального вивчення задля здійснення кроків зі збереження та покращення здоров'я її мешканців, подовження тривалості життя, зниження рівня передчасної смертності від причин, яких можна уникнути [1-6].

Розвиток ж українського суспільства зумовив необхідність проведення в державі адміністративно-територіальних змін. Реалізація адміністративно-територіальної реформи, яка була здійснена з 2015 по 2020 рік, привела до надання більших повноважень органам місцевого самоврядування (децентралізації) та зміни адміністративно-територіального поділу. З метою порівняльного аналізу медико-демографічних процесів в Мукачівському районі Закарпатської області та ідентифікації його новосформованого статусу у результаті адміністративно-територіальної реформи проведено багатофакторне групування адміністративних територій області за кількістю населення, площею території, віковим складом населення, статтю, місцем проживання, рівнем народжуваності, смертності та природного приросту станом на 1 січня 2022 року.

У Закарпатській області у результаті адміністративно-територіальної реформи сформовано 6 районів (табл. 1). Площа Мукачівського району є рівною 2056,5 км², що відповідає 16,10% території області.

На початок 2022 року Мукачівський район за величиною кількості населення був третім у Закарпатській області, що склало 20,14% населення, після Хустського та Ужгородського районів,. Чисельність населення Мукачівського району зазнала кардинальних змін, які були пов'язані як з приєднанням нових територій (бувших районів: Воловецького та Свалявського), так і з включенням міста Мукачево з числа міст обласного підпорядкування у склад району. Чисельність населення району зросла у 2,5 рази, в т. ч. кількість містян збільшилась у 10,7 рази, а сільського населення у 1,5 разів (табл. 2.). Відповідно густина населення в районі складала 123,95 осіб на км² і була другою за величиною після Берегівського району (143,42 особи на км²) та у 1,3 рази перевищувала таку у Закарпатській області в цілому (97,34 особи на км²).

Динаміка кількості населення в районі до проведення зміни територій характеризувалась його зниженням. Такі ж зміни відбулися і через рік після

створення нового району: загальна кількість населення у 2021 році стала на 0,5% меншою, ніж у 2020 році при більш вираженому зниженні числа сільських мешканців (на 1,3%, у містах – 0,4%).

У незначній мірі більша кількість населення Мукачівського району проживала у сільській місцевості (52,5% проти 47,5% у містах). Проте, для Закарпатської області характерним є вагоме переважання кількості сільських мешканців над жителями міст (63,1% проти 36,9%). Більша ж кількість міських мешканців спостерігалась лише в Ужгородському районі (55,5% проти 44,5%). В інших районах області населення сіл було переважаючим. Таким чином, Мукачівський район є єдиним районом Закарпатської області де населення проживає практично у однаковій кількості як у містах, так і у сільській місцевості.

Віковий склад населення району практично відповідав розподілу населення за віком у Закарпатській області (табл. 3.). Ідентичним до обласного показника була кількість осіб у віці 65 років і старших (12,3%). Більший ж відсоток осіб цієї вікової групи спостерігався у Тячівському (13,3%) та Ужгородському (12,8%) районах, а найменший – у Рахівському (10,7%).

Щодо місцевості проживання – кількість населення цієї вікової групи у міських поселеннях району була переважаючою над кількістю такого населення у місті Мукачеві. У зв'язку з чим, після об'єднання у Мукачівському районі осіб 60 років і старших у 2021 році стало у відсотках дещо менше (з 20,2% у 2020 році до 19,4% у 2021 році).

У Закарпатській області у 2018-2022 роках частка 0-15-річних дітей відповідно складала: 21,1% – 21,02% – 20,93% – 20,81% – з тенденцією до зниження. Мукачівський район характеризувався такою ж як і в області динамікою змін кількості осіб 0-15 років: 21,13% - 21,08% - 21,05% - 20,24%.

У Мукачівському районі (після його розширення), як і у Закарпатській області та й в Україні, частка дитячого населення віком 0-15 років у сільській місцевості стала більшою, ніж у містах.

Кількість населення працездатного віку у Мукачівському районі складала 68,8% і була другою за величиною в області (в Ужгородському районі – 68,9%) при середньому обласному показнику – 68,2%.

За статеву ознакою в районі переважали особи жіночої статі (52,7% проти 47,3% чоловіків). За цими показниками переважання кількості жінок у Мукачівському районі є найвищим серед всіх районів області, а відповідно кількість чоловіків у процентному відношенні є найменшою в області. Більший відсоток кількості чоловіків відзначено лише у Рахівському районі Закарпатської області.

У цілому демографічне старіння, яке спостерігається в Закарпатській області, в т. ч. і у Мукачівському районі, в якійсь мірі змінює побудову взаємодії між поколіннями. Виклики, які виникають внаслідок цього, диктують перебудову всієї системи соціально-економічних відносин, пристосування суспільства та економіки до особливостей такого населення, в якому кількість економічно активного населення постійно знижується.

Наслідки старіння населення залежать від стратегій та заходів, що розробляються і впроваджуються для вирішення пов'язаних з цим проблем [7].

Одним з важливих медико-демографічних показників є народжуваність, яка відображає загальне число новонароджених протягом певного періоду на конкретно визначеній території. Народжуваність населення у Закарпатській області мала свої особливості (табл. 4.). Так, при абсолютному зниженні кількості живонароджених з 2018 по 2019 рік на 867 осіб, у 2020 році народилося на 487 дітей більше, ніж у 2019 році, а у 2021 році знову ж відбулося зниження кількості народжених на 872 особи. За досліджуваний період загальний показник народжуваності в області знизився з 11,00 до 10,10‰, зниження склало 8,18%. Народжуваність у міських поселеннях області у 2018 та 2020 роках була практично однаковою, проте нижчою ніж у сільській місцевості у всьому періоді дослідження та й темпи її зниження також переважали у містах (-8,49% проти -7,96% у сільській місцевості).

Щодо Мукачівського району, при незначному зростанні народжуваності з 2018 по 2020 рік до реформування району, в 2021 році народилося в абсолютному значенні значно більша кількість дітей. Проте, при розрахунку кількості живонароджених на 1000 осіб наявного населення відбулося зниження цього показника у порівнянні до 2020 року на 20,51%. Народжуваність у Мукачівському районі є найнижчою в області і складала на початок 2022 року 9,394 на 1000 осіб при середньому в області 10,148‰. Зниження відбулося в однаковій мірі як у містах, так і в сільській місцевості.

Найсерйознішою проблемою в Україні, яка виникла з початку незалежності держави залишається високий рівень смертності населення. Смертність населення Мукачівського району перевищувала у всіх досліджуваних роках таку, що спостерігалася у Закарпатській області в цілому (табл. 5.). У 2021 році коефіцієнт смертності у містян при порівнянні до даних за 2020 рік, коли було зменшення рівня смертності на 6,71%, зріс на 8,43%. На початок 2022 року рівень смертності у районі був на 3,0% вищим ніж в області (14,821‰), а серед районів був другим за величиною після Ужгородського району (15,263‰ проти 15,714‰). Основною причиною таких змін в районі після реформування був високий рівень смертності в місті Мукачеві (у 2020 році померло 1168 осіб, а у 2021 році – 1276 осіб).

Аналіз смертності основного вікового контингенту населення показав, що чоловіки у віці 15-64 років у Мукачівському районі помирали у 2,07-1,93 рази частіше, ніж жінки. У 2021 році 30,62% випадків смерті сталося власне у віці 15-64 роки (в Україні – 26,83%, у Закарпатській області – 30,98%), а серед чоловічого населення кількість смертей у цьому віці була ще вищою (у 2021 році в Україні – 37,92%, у Закарпатській області – 39,78%, у Мукачівському районі – 38,55%). Така ситуація зі значним рівнем смертності населення працездатного віку призводить до вагомих втрат життєвого потенціалу як у державі, так і у її регіонах [8, 9].

Затяжна криза смертності населення в Україні сформувала специфічну структуру причин смерті, де високий рівень смертності від ендемічних

причин (хвороб системи кровообігу та новоутворень) був поєднаний з меншим за значимістю рівнем смертності від екзогенних впливів (зовнішніх причин, хвороб органів дихання, травлення, інфекційних та паразитарних хвороб).

В структурі смертності за причинами смерті у Закарпатській області провідне місце займають хвороби системи кровообігу (табл. 6.). Наступний за значущістю клас причин смерті – це новоутворення. Третє місце за кількістю смертних випадків в області у 2018-2020 роках займали хвороби органів травлення, що зазначалося і у інших дослідженнях [7, 10]. У 2021 році смертність від COVID-19 перевищила таку від хвороб органів травлення.

У Мукачівському районі структура смертності була у 2018-2021 роках такою ж, як у Закарпатській області. Проте відсоток смертності від новоутворень, хвороб органів травлення та хвороб органів дихання перевищував таку у Закарпатській області при нижчому відсотку смертей від зовнішніх причин та COVID-19.

Враховуючи отримані результати можна констатувати, що Мукачівський район з найнижчим в області рівнем народжуваності, як і кількості населення у віці 0-14 років (найнижча в області, окрім як в Ужгородському районі) та найвищим рівнем смертності (окрім як в Ужгородському районі) являє собою урбанізаційно-депопуляційний тип району зі звуженим відтворенням населення, а тому і низьким (найнижчий в області, разом з Ужгородським районом) коефіцієнтом природного приросту населення (-5,869).

Таким чином, стратегія подолання негативних тенденцій в медико-демографічних процесах у районі повинна передбачати вирішення проблем, які так чи інакше пов'язані з проблемою демографічного руху, рівня народжуваності, існуючої смертності, особливостями умов проживання населення. Дані, отримані у ході дослідження, вказують на важливість регіональних підходів у вирішенні згаданих питань.

Таблиця 1

**Ідентифікація статусу новосформованого адміністративного Мукачівського району у структурі
Закарпатської області станом на 01.01.2022 року (рейтингові місця згідно обраного критерію)**

	К-сть населення	Площа	Густота	Населення у віці (%)			Чоловіків (%)	Жінок (%)	Місце проживання (%)		Народжуваність	Смертність
				0-14 років	15-64 років	65 і більше років			Місто	Сільська місцевість		
Закарпатська область	1241643	12777	97,34	19,5	68,2	12,3	48,1	51,9	36,9	63,1	10,15	14,82
Мукачівський район	3	3	2	5	2	3	6	1	2	5	6	2
Берегівський район	4	6	1	2	3	5	4	3	4	3	2	3
Рахівський район	6	5	6	1	6	6	1	6	3	4	1	4
Тячівський район	5	4	4	3-4	5	1	2-3	4-5	5	2	4	6
Ужгородський район	2	2	3	6	1	2	5	2	1	6	5	1
Хустський район	1	1	5	3-4	4	4	2-3	4-5	6	1	3	5

Таблиця 2

**Розподіл наявного населення за типом місцевості в Закарпатській області
та Мукачівському районі у 2018-2021 роках***

Роки	Населення - всього, осіб		
	Міська та сільська місцевості	Міські поселення	Сільська місцевість
Закарпатська область			
2018	1 256 802	466 138	790 664
2019	1 253 791	465 904	787 887
2020	1 250 129	465 330	784 799
2021	1 244 476	463 361	781 115
Мукачівський район			
2018	100 056	11 143	88 913
2019	99 518	11 060	88 458
2020	98 935	11 023	87 912
2020 ^н	252 616	120 163	132 453
2021	251 145	119 558	131 587
м. Мукачево (місто обласного значення)			
2018	85 880	85 880	х
2019	85 796	85 796	х
2020	85 903	85 903	х
Закарпатська область			
%, 2019 до 2018	-0,24	-0,05	-0,35
%, 2020 до 2019	-0,29	-0,12	-0,39
%, 2021 до 2020	-0,45	-0,42	-0,47
%, 2021 до 2018	-0,98	-0,6	-1,21
Мукачівський район			
%, 2019 до 2018	-0,54	-0,74	-0,51
%, 2020 до 2019	-0,59	-0,33	-0,62
2020 ^н до 2020 разів	2,55	10,90	1,51
%, 2021 до 2020 ^н	-0,49	-0,41	-1,32
2021 до 2018 разів	2,51	10,73	1,48
м. Мукачево (місто обласного значення)			
%, 2019 до 2018	-0,10	-0,10	х
%, 2020 до 2019	0,12	0,12	х

Примітка: *власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

Таблиця 3

**Розподіл постійного населення за віковими групами, типом місцевості та статтю у Закарпатській області,
Мукачівському районі та м. Мукачево у 2018-2021 роках (у %) ***

Обидві статі	0-15	16-59	60 і старше	0-15	16-59	60 і старше	0-15	16-59	60 і старше	0-15	16-59	60 і старше	
	2018			2019			2020			2021			
Міська та сільська місцевості													
Закарпатська область	21,10	61,37	17,53	21,01	61,09	17,90	20,93	60,77	18,30	20,80	60,68	18,52	
Мукачівський район	21,13	60,83	18,04	21,08	60,41	18,51	21,05	60,03	18,93	20,24	61,00	18,76	
м. Мукачево	18,69	63,18	18,13	18,7	62,85	18,45	18,70	62,60	18,70	х	х	х	
Міські поселення													
Закарпатська область	20,96	61,09	17,95	20,84	60,83	18,33	20,75	60,52	18,73	20,54	60,60	18,86	
Мукачівський район	21,37	59,20	19,43	21,14	59,05	19,81	20,79	59,04	20,17	19,41	61,21	19,38	
м. Мукачево	18,69	63,18	18,13	18,7	62,85	18,45	18,70	62,60	18,70	х	х	х	
Сільська місцевість													
Закарпатська область	21,19	61,53	17,28	21,12	61,24	17,64	21,04	60,90	18,06	20,96	60,73	18,31	
Мукачівський район	21,10	61,03	17,87	21,08	60,58	18,34	21,08	60,15	18,77	21,00	60,81	18,19	
м. Мукачево	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	
Чоловіки	Міська та сільська місцевості												
	Закарпатська область	22,59	63,38	14,03	22,49	63,15	14,36	22,42	62,87	14,71	22,28	62,86	14,86
	Мукачівський район	22,60	62,98	14,42	22,55	62,69	14,76	22,58	62,38	15,04			
	м. Мукачево	20,99	65,06	13,95	20,94	65,02	14,04	21,04	64,86	14,10	х	х	х
	Міські поселення												
Закарпатська область	22,99	62,93	14,08	22,87	62,78	14,35	22,83	62,57	14,60	22,58	62,82	14,60	
Мукачівський район	22,88	61,46	15,66	22,72	61,26	16,02	22,40	61,23	16,37				
м. Мукачево	20,99	65,06	13,95	20,94	65,02	14,04	21,04	64,86	14,10	х	х	х	

Продовження таблиці 3

Сільська місцевість												
Закарпатська область	22,44	63,86	13,70	22,34	63,57	14,09	22,27	63,26	14,47	22,12	62,88	15,00
Мукачівський район	22,57	63,16	14,27	22,53	62,87	14,60	22,60	62,52	14,88			
м. Мукачево	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х
Жінки	Міська та сільська місцевості											
Закарпатська область	19,73	59,50	20,77	19,65	59,18	21,17	19,55	58,81	21,64	19,44	58,66	21,90
Мукачівський район	19,80	58,87	21,33	19,74	58,35	21,91	40,70	12,78	46,52			
м. Мукачево	16,68	61,55	21,77	16,75	60,97	22,28	16,67	60,62	22,71	х	х	х
Міські поселення												
Закарпатська область	19,14	59,45	21,41	19,02	59,09	21,89	18,89	58,70	22,41	18,73	58,62	22,65
Мукачівський район	20,01	57,19	22,80	19,71	57,07	23,22	19,35	57,07	23,58			
м. Мукачево	16,68	61,55	21,77	16,75	60,97	22,28	16,67	60,62	22,71	х	х	х
Сільська місцевість												
Закарпатська область	20,08	59,53	20,39	20,04	59,22	20,74	19,95	58,88	21,17	19,87	58,68	21,45
Мукачівський район	19,77	59,09	21,14	19,74	58,51	21,75	19,69	57,99	22,32			
м. Мукачево	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х

Примітка: *власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

Таблиця 4

**Народжуваність за типом місцевості у Закарпатській області,
Мукачівському районі та м. Мукачево у 2018-2021 роках***

	Кількість живонароджених			Кількість живонароджених		
	осіб			на 1000 осіб наявного населення		
	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість	Міська та сільська місцевості	міська місцевість	сільська місцевість
Закарпатська область						
2018	13 883	4 946	8 937	11,00	10,60	11,30
2019	13 016	4 586	8 430	10,40	9,80	10,70
2020	13 503	4 950	8 553	10,80	10,60	10,90
2021	12 631	4 525	8 106	10,10	9,70	10,40
	Кількість осіб 2018-2021 рр.			% 2021 р. до 2018 р.		
	-1252	-421	-831	-8,18	-8,49	-7,96
Мукачівський район						
2018	1162	127	1035	11,60	11,40	11,60
2019	1094	117	977	11,00	10,50	11,00
2020	1174	126	1048	11,80	11,40	11,90
	Кількість осіб 2018-2020 рр.			% 2020 р. до 2018 р.		
	12	-1	13	1,72	0	2,59
2021	2356	1096	1260	9,38	9,17	9,58
	Кількість осіб 2020-2021 рр.			% 2021 р. до 2020 р.		
	1182	970	212	-19,51	-19,56	-19,50
м. Мукачево						
2018	801	801	х	9,33	9,33	х
2019	788	788	х	9,18	9,18	х
2020	858	858	х	9,99	9,99	х
	Кількість осіб 2018-2020 рр.			% 2020 р. до 2018 р.		
	57	57	х	7,07	7,07	х

Примітки: *Власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

Таблиця 5

Показник смертності населення за типом місцевості у Закарпатській області та Мукачівському районі у 2018-2021 роках*

Роки	К-сть померлих на 1000 населення			Відношен- ня показника смертності сільського до міського населення	% змін показника до показника попереднього року		
	все населення	міське населення	сільське населення		все населення	міське населення	сільське населення
Закарпатська область							
2018	12,19	12,16	12,21	1,00	х	х	х
2019	12,38	12,15	12,52	1,03	-1,59	0,07	-2,58
2020	13,40	13,38	13,42	1,00	-8,23	-10,10	-7,16
2021	14,82	15,59	14,34	0,92	-10,60	-16,59	-6,86
% 2021 до 2018	+21,58	+28,21	+17,44	-	-	-	-
Мукачівський район							
2018	13,49	13,64	13,47	0,99	х	х	Х
2019	14,20	15,46	14,04	0,91	-5,23	-13,34	-4,21
2020	14,17	14,42	14,14	0,98	0,19	6,71	-0,70
2021	15,24	15,64	14,88	0,95	-7,56	-8,43	-5,24
% 2021 до 2018	+12,97	+14,66	+10,47	-	-	-	-
м. Мукачево							
2018	11,11	11,11	х	х	х	х	х
2019	11,45	11,45	х	х	-3,04	-3,04	х
2020	13,60	13,60	х	х	-18,79	-18,79	х

Примітка. *Власні розрахунки за даними Державної служби статистики України

Таблиця 6

**Структура смертності за найпоширенішими основними причинами смерті у Закарпатській області
та Мукачівському районі у 2018-2021 роках**

Основні класи причин смерті	2018		2019		2020		2021	
	%	рейтингове місце	%	рейтингове місце	%	рейтингове місце	%	рейтингове місце
Закарпатська область								
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби A00-B99	2,28	VI	2,22	VI	1,80	VII	1,56	VII
Клас II. Новоутворення C00-D48	12,36	II	12,37	II	11,85	II	10,78	II
Клас IX. Хвороби системи кровообігу I00-I99	61,70	I	61,89	I	58,99	I	55,08	I
Клас X. Хвороби органів дихання J00-J98	2,70	V	2,64	V	2,86	VI	4,37	V
Клас XI. Хвороби органів травлення K00-K92	5,71	III	6,00	III	5,97	III	5,62	IV
Клас XX. Зовнішні причини смерті V01-Y89	5,42	IV	4,39	IV	4,36	IV	3,84	VI
Клас XXII. Коды для особливих цілей U00-U85	-	-	-	-	3,74	V	10,18	III
Мукачівський район + м. Мукачево							Мукачівський район	
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби A00-B99	2,17	VI	2,76	VI	1,75	VII	1,65	VII
Клас II. Новоутворення C00-D48	14,80	II	13,70	II	14,82	II	12,30	II
Клас IX. Хвороби системи кровообігу I00-I99	62,28	I	63,47	I	59,07	I	54,99	I
Клас X. Хвороби органів дихання J00-J98	1,56	V	1,59	V	3,31	VI	5,22	V
Клас XI. Хвороби органів травлення K00-K92	4,60	III	5,14	III	6,11	III	6,61	IV
Клас XX. Зовнішні причини смерті V01-Y89	4,21	IV	4,13	IV	4,09	V	3,42	VI
Клас XXII. Коды для особливих цілей U00-U85	-	-	-	-	4,32	IV	8,65	III

Список інформаційних джерел та літератури

1. Заюков І., Лавров Р., Олійник Л. Сучасні тенденції природного руху населення як фактору забезпечення демографічної стійкості України. *Економіка та суспільство*, 2021. № 24. 10 с. DOI: 10.32782/2524-0072/2021-24-12.
2. Качмарська М. О., Любінець О. В. Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1(67). С. 7-16. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254629.
3. Медведовська Н. В., Стовбан І. В. Регіональні аспекти захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 3(73). С. 90-94. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/15.
4. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України: [монографія] / Г. О. Слабкий, О. Д. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. К.: МВЦ "Медінформ", 2010. 180 с.
5. Шатило В. Й., Антонов О. В., Горай О. В. та ін. Дослідження медико-демографічних процесів в Житомирській області на сучасному етапі (2016-2021 рр.). *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1(3). С. 17-23. DOI: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266023.
6. Grshybowskyj J., Smiiianov V., Myronyuk I., Lyubinets O. Ten indicators which characterize medical-demographic processes in adjacent regions of Ukraine and Poland. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019. 72(5 cz.1). S. 868-876.
7. Чепелевська Л. А., Слабкий В. Г. Роль хвороб органів травлення в падінні трудового потенціалу України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1. С. 10-15.
8. Медведовська Н. В., Квач М. Д. Аналіз динаміки смертності чоловіків в аспекті демографічних втрат населення України. *Український журнал військової медицини*, 2022. № 3(1). С. 26-33. DOI:10.46847/ujmm.2022.1(3)-026.
9. Слабкий Г. О., Яценко Ю. Б., Орда О. М., Шевченко М. В. Передчасна смертність чоловіків від зовнішніх причин смерті (на прикладі Південного регіону). *Україна. Здоров'я нації*, 2011. № 17(1). С. 11-14.
10. Керецман А. О. Обсяг і структура втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення у Закарпатській області. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. №4/1(41). С.127-133.

Миронюк І.С.,
доктор медичних наук, професор,
проректор з наукової роботи
Слабкий Г.О.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я
Рябінчук М.В.,
аспірант
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДО 2030 РОКУ ЯК ШЛЯХ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На виконання Указу Президента України від 18 серпня 2021 року №369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [1] яким він зобов'язав забезпечити розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 року наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 вересня 2021 року № 2071 [2] затверджено склад міжсекторальної робочої групи з метою розроблення проєкту Стратегії та затверджено положення про неї. Також було затверджено склад 5 підгруп даної робочої групи за окремими тематичними напрямками. До розробки проєкту Стратегії було залучено понад 80 експертів із числа представників органів влади, інститутів громадянського суспільства, міжнародних організацій тощо.

Робочою групою розроблено та оприлюднено проєкт Стратегії який включив 5 тематичних напрямів кожний із яких включив стратегічні пріоритети на досягнення яких розроблені завдання [3].

Загальною метою Стратегії є сприяння здоров'ю та добробуту громадян шляхом забезпечення справедливого доступу до якісних медичних послуг, побудови стійких систем охорони здоров'я та забезпечення участі суспільства в їхній діяльності.

П'ятий тематичний напрям присвячений розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я - КРОЗ.

На початку робочою групою було здійснено аналіз стану кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України на сучасному етапі. Аналіз вказує на наступне.

Система підготовки кадрів у сфері охорони здоров'я, має низку проблем. Наразі відсутня методологія оцінювання потреб щодо підготовки працівників сфери охорони здоров'я. У результаті цього, кількість студентів фактично визначається університетами — через неконтрольований набір студентів-контрактників без належного рівня підготовки та без урахування потреб

галузі. Зміст освіти є несучасним та нерелевантним, а відсутність сучасних та потужних університетських лікарень і симуляційних центрів призводить до браку практичних навичок у майбутніх медичних працівників. Недостатність фінансування та брак академічної доброчесності сприяє поширенню практик плагіату та корупції в медичних університетах. Корупційні ризики присутні на всіх етапах навчального процесу (від вступу до внутрішнього чи зовнішнього оцінювання) та на всіх рівнях медичної підготовки (від підготовки молодших спеціалістів, магістрів, інтернів, до аспірантури та докторантури, а також протягом безперервного професійного розвитку). Загальними проблемами, які призводять до корупції в медичній освіті, є відсутність чітких правил та неефективна система забезпечення якості. Відсутність специфічних умов ліцензування діяльності з надання освітніх послуг на підготовку медичних кадрів дозволяє закладам здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази.

Так само існує низка проблем, пов'язаних із підготовкою медичних сестер та медичних братів: коротка тривалість практичної підготовки; обмежена можливість відпрацьовувати необхідні навички під час практики в медичних закладах; підготовка бакалаврів і магістрів медсестринства орієнтована на підготовку фахівців до виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я, а не розширення клінічного функціоналу медичних сестер/медичних братів. Безперервний професійний розвиток (БПР) для працівників сфери охорони здоров'я потребує змін та осучаснення. Надавачі послуг пропонують навчальні програми різної якості. Ринок наповнився навчальними програмами, які не мають нічого спільного з професійним розвитком лікарів або пропонують дуже низькоякісні послуги. Крім того, не розвинений ринок БПР для медичних сестер/медичних братів. Українська освіта та наука у сфері охорони здоров'я ізольовані від світової освіти та науки. Це посилюється браком міжнародного досвіду та низьким рівнем академічної мобільності. Також проблемою є застаріла модель та недофінансування наукових досліджень. Ще однією проблемою є відсутність механізму індивідуального допуску до професії, який існує в багатьох розвинених країнах світу та розглядається як один зі способів впливу та стимулювання належного виконання лікарями своїх обов'язків, а також як гарантія відповідності кваліфікаційним і етичним стандартам кожного окремого лікаря. Унаслідок відсутності системи та практики планування кадрових ресурсів відповідно до потреб, браку сучасних моделей надання допомоги та в умовах значного тягаря захворювань склався неадекватний розподіл працівників сфери охорони здоров'я. А відсутність відповідного реєстру працівників унеможливує здійснення ефективного обліку та управління КРОЗ.

Поточна структура КРОЗ характеризується зниженням темпів приросту лікарів та середнього медичного персоналу, але при цьому показник щільності лікарів на 1 000 населення становить 3,1 (2019 р.) і співвідноситься з аналогічним показником у таких європейських країнах як Польща, Латвія, Естонія. При збереженні тенденції до зниження щільності серед медичних

сестер/медичних братів цей показник в Україні становить 5,88 на 1 000 населення і перевищує середні значення в деяких європейських країнах (Польща, Латвія). В Україні в ЗОЗ працює третина лікарів пенсійного віку (60+), частка яких має тенденцію до збільшення, що значно перевищує частку лікарів-пенсіонерів (64+) у європейських країнах. Нерівномірний географічний розподіл медичних працівників (між різними регіонами, насамперед, у сільській місцевості) посилюється дисбалансом працівників за спеціальностями та значним дефіцитом підготовлених фахівців за певними напрямками. Зокрема, щільність лікарів акушерів-гінекологів на 1 000 ЖН дітей суттєво більша (іноді в декілька разів), ніж у європейських країнах (31,6 проти 12,38 у Польщі та 21,16 у Литві на 1 000 ЖН дітей). Разом з тим, спостерігається недостатня кількість фахівців для розвитку таких сервісів як інтервенційна кардіологія, нейрохірургія, травма-центри, реабілітація.

Особливо звертає на себе увагу нерівномірний розподіл медичних працівників у Донецькій та Луганській областях порівняно із середніми показниками по Україні. Забезпеченість лікарями та медичними сестрами/медичними братами на 1 000 населення значно менша, ніж у середньому по країні та в європейських країнах. Забезпеченість лікарями за деякими пріоритетними спеціальностями на 1 000 населення у цих областях на 30–90% менша, ніж в середньому по Україні (анестезіологи, торакальні хірурги, серцево-судинні хірурги, нейрохірурги, хірурги, онкологи, неонатологи, кардіологи, невропатологи, радіологи). Спостерігається дуже низький рівень залучення працівників сфери охорони здоров'я для організації медичного обслуговування на рівні громади. Кадровий потенціал громадського здоров'я, менеджменту та інших напрямків системи охорони здоров'я є вкрай недостатнім для відповіді на сучасні виклики. Фрагментарний соціальний захист працівників охорони здоров'я не сприяє їхньому загальному добробуту, що безпосередньо впливає на рівень роботи з надання медичної допомоги населенню. Це пов'язано як з економічними факторами (застарілі несправедливі умови оплати праці, що не враховують показників діяльності, незадовільні та небезпечні умови праці тощо), а також соціальними чинниками (низький рівень самооцінки, слабкі навички комунікації тощо). Крім того, у багатьох випадках у ЗОЗ відсутні елементарні умови для комфортної роботи персоналу. Незадоволеність базових потреб працівників охорони здоров'я негативно впливає на їхню мотивацію щодо власного професійного розвитку, зокрема, сприйняття інновацій та опанування необхідних нових навичок. У наданні медичної допомоги та підвищенні якості медичних послуг важливо враховувати гендерні аспекти надання медичних послуг. Перешкодою для надання якісної медичної допомоги може стати як недостатня увага до біологічних характеристик та фізіологічних особливостей пацієнтів різних статей, так і неврахування соціальних, економічних та поведінкових детермінант здоров'я. Серед медичних працівників в Україні поширені гендерні стереотипи щодо пацієнтів, що впливають на якість та доступність медичних послуг. Крім того, гендерні стереотипи щодо колег, які засвоюються ще під час навчання в

медичному університеті, перешкоджають професійній реалізації медичних працівників, у першу чергу жінок.

Наводимо стратегічні пріоритети та задачі, що визначені Стратегією які є складовою тематичного напрямку «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я».

Стратегічний пріоритет 1. Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту

Якісна освіта працівників сфери охорони здоров'я є однією зі складових якісної системи охорони здоров'я. Освіта медичних працівників має інтегруватися до міжнародної системи освіти, щоб забезпечити якісну підготовку фахівців сфери охорони здоров'я. Підвищення якості професійної підготовки майбутніх лікарів відповідно до найкращих світових практик сприятиме конкурентоспроможності української вищої медичної освіти та розширенню можливостей українських медичних фахівців на ринку праці. Для того, аби українська медична освіта повною мірою відповідала сучасним міжнародним стандартам, необхідно забезпечити запровадження в навчальний процес сучасних наукових розробок та засад доказової медицини, оновити програми підготовки спеціалістів для медичної галузі. Важливою умовою підготовки медичних працівників є система потужних університетських клінік, де проводяться наукові дослідження та присутній як навчальний, так і клінічний процеси, а також сучасні симуляційні центри, де майбутні медичні працівники здобувають практичні навички. Для забезпечення якісної підготовки майбутніх медичних працівників необхідно не лише покращувати українську систему медичної освіти, а й оцінювання знань має відбуватися за міжнародними стандартами. Важливим етапом у підготовці лікаря є післядипломний етап, коли він здобуває освіту за певною спеціальністю. Цей етап має відбуватися в інтернатурі та резидентурі, яка в Україні передбачена, але не реалізована. Резидентура як форма спеціалізації за певними лікарськими спеціальностями має забезпечуватися відповідно до міжнародних стандартів з можливістю набуття необхідних практичних навичок під супервізією досвідченого колеги.

Для забезпечення якісних медичних послуг актуальною є підготовка медичних сестер/медичних братів, яка має враховувати диференціацію діяльності цих фахівців. Важливим є забезпечення достатньої тривалості практичної підготовки та відпрацювання необхідних навичок для забезпечення клінічного функціоналу медичних сестер/медичних братів, щоб вони ставали повноцінними партнерами лікарів. Забезпечити умови професійного розвитку для медичних сестер/медичних братів з вищою освітою (бакалавр/магістр). Важливою складовою кадрового забезпечення системи охорони здоров'я є підготовка не лише лікарів, але й повного складу працівників сфери охорони здоров'я, зазначених у галузі знань 22 «Охорона здоров'я», зокрема менеджерів у системі охорони здоров'я, фахівців громадського здоров'я та інших спеціальностей, які відіграють значну роль в організації та наданні послуг з охорони здоров'я. Підготовка менеджерів у охороні здоров'я є критичною складовою успіху реформи охорони здоров'я.

Потужне управління медичним закладом, яке підтримується інформаційними системами та має повноваження приймати кадрові, фінансові та інші рішення, сприяє ефективності всього сектора охорони здоров'я. Розвиток науки вимагає від працівників сфери охорони здоров'я постійного навчання, самовдосконалення, вміння аналізувати великі обсяги знань і застосувати їх у своїй практиці. За стратегічною ціллю «Освіта та наукова діяльність у сфері охорони здоров'я інтегровані до сучасного міжнародного контексту» визначено такі ключові завдання:

- Привести навчальні програми закладів вищої освіти у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у відповідність до європейських вимог та регулярно їх переглядати.
- Ввести спеціальні вимоги до ліцензування закладів вищої освіти, які готують здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я».
- Забезпечити умови для здобуття медичними працівниками практичних навичок на базі сучасних університетських клінік та симуляційних центрів.
- Удосконалити систему незалежного оцінювання якості підготовки здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я».
- Впровадити сучасну модель резидентури з урахуванням міжнародного досвіду.
- Стимулювати розвиток якісної освіти менеджерів у сфері охорони здоров'я.
- Стимулювати розвиток нових форм БПР для всіх професіоналів сфери охорони здоров'я, які узгоджуються з пріоритетами системи охорони здоров'я.
- Здійснювати планування актуальних наукових тем (напрямів) відповідно до потреб держави в галузі охорони здоров'я, забезпечити достатній рівень їх фінансування та імплементацію досягнень на базі сучасних університетських клінік.

Стратегічний пріоритет 2. Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та у структурі відповідно до потреб

Підготовка кадрів для галузі охорони здоров'я має враховувати її реальну потребу в конкретних спеціалістах та потребу пацієнтів у доступі до якісної медичної допомоги. Для забезпечення доступності послуг має відбуватися планування кадрових ресурсів. Базою для планування кадрових ресурсів є створення реєстру медичних працівників. Запровадження обґрунтованих підходів до планування кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я, які враховують навантаження фахівців, їх щільність, вікову структуру, забезпечує умови для доступу до фахівців, а відтак і до послуг у системі охорони здоров'я. Крім того, планування кадрових ресурсів на основі потреб визначає обсяги підготовки необхідних працівників сфери охорони здоров'я вищими навчальними закладами.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я збільшується роль медичної сестри/медичного брата в наданні медичної допомоги. Для

забезпечення доступу до медичних послуг важливо розширити повноваження цих фахівців. Крім того, послуги на рівні громади можуть забезпечуватися силами немедичних фахівців, що робить послуги значно доступнішими. Важливим елементом надання якісних медичних послуг є мультидисциплінарний підхід (у тому числі task-shifting), коли працівники сфери охорони здоров'я, коли це доречно, мають співпрацювати з усіма фахівцями, які беруть участь у наданні допомоги людині. За стратегічною ціллю «Планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я здійснюється в обсягах та у структурі відповідно до потреб» визначено такі ключові завдання:

- Створити реєстр медичних працівників.
- Запровадити планування КРОЗ відповідно до потреб для забезпечення якісного надання послуг.
- Розробити та запровадити як на національному, так і на локальному рівнях гнучку систему стимулів та заохочень для залучення працівників сфери охорони здоров'я та утримання їх у районах, які мають недостатню кількість працівників для надання медичної допомоги.
- Розширити кваліфікаційні вимоги до медичних сестер/медичних братів і долучити до надання медичних послуг немедичних працівників, у першу чергу на рівні громади.

Стратегічний пріоритет 3. Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я

Послуги у сфері охорони здоров'я надаються людьми. Таким чином, критично важливо, щоб людські кадрові ресурси у сфері охорони здоров'я при виконанні своїх професійних обов'язків були у благополучному стані. Сучасна концепція професійного благополуччя кадрових ресурсів охорони здоров'я — це елемент якості життя людини, який включає професійну ідентичність, затребуваність та інтегрованість у професійне та соціальне співтовариство. Працівники охорони здоров'я у стані професійного благополуччя отримують підтвердження значущості результатів своєї діяльності, підтримують професійні стосунки з отримувачами послуг та колегами, формують власну мотивацію для подальшого професійного розвитку. Завдяки високому рівню професійного благополуччя кадрових ресурсів охорони здоров'я будуть досягнуті кращі результати професійної діяльності як на індивідуальному, так і на колективному рівнях, забезпечені належна якість медичних послуг та відповідно задоволеність отримувачів. Основною складовою професійного благополуччя є гідна оплата праці медичного працівника, яка має формуватися з урахуванням ключових показників ефективності та оптимального робочого навантаження.

Важливим елементом професійного благополуччя є створення захищеного робочого простору в закладах охорони здоров'я. Оскільки український ринок праці є непрозорим і має погані можливості для кар'єрного зростання, необхідно здійснити кроки для лібералізації прийняття на роботу, відкриття інформації про вакансії, підвищення прозорості та конкурентоспроможності процедури призначення на посади та вдосконалення

процедур просування по службі. Для забезпечення професійного благополуччя важливо створити комплексні умови для дотримання життєвого балансу працівників охорони здоров'я, що включає аспекти їхнього фізичного та психічного здоров'я, а також соціальні складові. За стратегічною ціллю «Створені умови для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я» визначено такі ключові завдання:

- Забезпечити гідну оплату праці та розробити гнучку систему мотивації та підтримки КРОЗ, у тому числі через запровадження ключових показників ефективності та оптимального робочого навантаження.

- Запровадити прозорі та конкурентоспроможні процедури залучення, утримання, кар'єрного розвитку та професійного зростання працівників сфери охорони здоров'я, менеджерських та інших кадрів на рівні медичних закладів.

- Запровадити комплексний підхід до формування професійного благополуччя КРОЗ на рівні ЗОЗ (безпека, соціально-побутові умови, профілактика вигорання, професійний розвиток у закладі тощо).

- Створити систему індивідуального ліцензування лікарів як допуску до професії.

- Запровадити страхування професійної відповідальності.

- Запровадити механізми комплексного страхування медичних працівників під час виконання ними професійних обов'язків, у тому числі від професійної відповідальності, професійного захворювання тощо.

Очікувані результати реалізації Стратегії в напрямку «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я (КРОЗ)» дозволять:

1. Системі освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я забезпечувати підготовку кадрових ресурсів належного рівня якості та в необхідних обсягах завдяки:

- приведенню у відповідність до європейських вимог навчальних програм усіх закладів вищої освіти, які готують здобувачів у галузі знань 22 «Охорона здоров'я», та відповідають спеціальним вимогам до ліцензування (включаючи сучасні навчальні програми, умови для здобуття практичних навичок медичних працівників, застосування системи незалежного оцінювання);

- впровадженню сучасної моделі резидентури з урахуванням міжнародного досвіду як етапу професійної підготовки лікарів;

- появі нових форм БПР для всіх працівників сфери охорони здоров'я;

- імплементації наукової роботи галузі охорони здоров'я, профінансованої за рахунок бюджетних коштів, на базі сучасних університетських клінік

2. Кадровим ресурсам системи охорони здоров'я забезпечувати універсальне охоплення медичними послугами та програмами громадського здоров'я завдяки:

- використанню реєстру медичних працівників як надійного та актуального інструменту планування КРОЗ;

- запровадженню системи планування КРОЗ на основі аналізу фактичних даних щодо потреб (data-driven, evidence-based);
- впровадженню механізму гнучкого стимулювання та заохочення працівників сфери охорони здоров'я для підтримки рівномірного та справедливого географічного розподілу КРОЗ;
- розробці та впровадженню процедури обґрунтованого перерозподілу завдань та делегування повноважень для ефективного надання послуг охорони здоров'я для всіх працівників сфери охорони здоров'я;
- розвитку цифрових компетентностей працівників охорони здоров'я шляхом прийняття системи компетенцій та підвищенню вимог до проходження служби й запровадження відповідного безперервного навчання.

3. Виконання пріоритетних завдань дасть працівникам сфери охорони здоров'я змогу виконувати свої професійні обов'язки належного рівня якості завдяки:

- запровадженню прозорості та обґрунтованої система оплати праці КРОЗ, що базується на ключових показниках ефективності (КПЕ) та гнучкій системі мотивації;
- запровадженню в більшості ЗОЗ комплексного підходу та умов для формування та підтримки професійного благополуччя, що включає заходи із забезпечення безпеки, соціально-побутові умови, профілактику вигорання, професійний розвиток у закладі тощо;
- інституалізації індивідуального ліцензування медичних працівників як механізму допуску до професії;
- реалізації механізмів комплексного страхування медичних працівників під час виконання своїх професійних обов'язків.

Таким чином можна стверджувати, що стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року є шляхом до удосконалення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я держави.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Указ Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою». <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>
2. Наказ МОЗ від 27.09.2021 № 2071 «Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року». <https://moz.gov.ua/uk/strategija>
3. Розроблено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. Посилання: www.umj.com.ua/uk/novyna-252938-rozrobleno-strategiyu-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku

Бондаренко Д.А.,
в.о. генерального директора ДУ «Одеський обласний
центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»
Миронюк І.С.,
доктор медичних наук, професор,
проректор з наукової роботи
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Слабкий Г.О.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Дудник С.В.,
доктор медичних наук,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Національного медичного університету ім. О. Богомольця

**ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ
НА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ, ЗАХВОРЮВАНІСТЬ
НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ТА СТАН РЕСУРСІВ
З НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХВОРИМ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ОДЕСЬКА ОБЛАСТЬ**

Відповідно до Наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22 грудня 2022 року № 309 який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23 грудня 2022 р. за №1668/39004 «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією» із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій Одеська область віднесена до територій, на незначній території якої ведуться (велися) бойові дії.

Представлено проаналізовані оперативні дані Одеського обласного центру контролю та профілактики захворювань щодо стану санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні, стану захворюваності населення області на інфекційні захворювання за період з 2021 року – першої половини 2024 року. Дане дозволяє зробити висновки про вплив війни проти російської військової агресії на стан санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні та стан захворюваності населення на інфекційні захворювання.

На першому етапі дослідження нами проаналізовано дані щодо санітарно-епідемічної ситуації в області. Табл.1.

Таблиця 1

Характеристика санітарно-епідемічної ситуації

Показник	2021 рік			2022 рік			2023 рік			6-ть місяців 2024 року		
	Всього аналізів	Не відповідає стандарту		Всього аналізів	Не відповідає стандарту		Всього аналізів	Не відповідає стандарту		Всього аналізів	Не відповідає стандарту	
		1	2		1	2		1	2		1	2
Характеристика якості води												
води з водойм I категорії	1011	39	38	882	18	10	673	53	11	275	5	6
води з водойм II категорії	365	109	51	496	35	85	672	112	160	225	24	3
джерела централізованого водопостачання населення	19822	998	1233	34040	919	724	36712	1959	1157	1675	171	25
В тому числі:												
- комунальні	9323	406	461	22789	261	248	22285	470	465	832	87	13
- відомчі	3235	197	316	3248	107	69	2751	72	69	72	-	-
- сільських водопроводів	5889	309	448	5219	417	300	6685	1061	434	771	84	12
джерела децентралізованого водопостачання населення	1604	327	163	1515	353	115	1978	324	150	788	142	56
Характеристика якості повітря												
атмосферного повітря міських поселень	1831	20	-	3752	12	-	3312	18	-	1777	13	-
атмосферного повітря сільських поселень	183	-	-	219	-	-	212	-	-	100	-	-
Характеристика якості ґрунту												
Всього проведено досліджень	667	4	16	549	47	16	831	154	13	308	28	10
В тому числі												
- території вирощування сільськогосподарської продукції	15	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- території в місцях застосування пестицидів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
- ґрунт у зоні житлових масивів	570	-	8	382	31	16	567	98	7	272	18	10
- дитячих майданчиків та закладів	177	-	6	168	-	1	251	22	2	168	7	10
Якість та безпека продуктів харчування/ проби харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками												
Усього проб	9250			4362			5970			2044		
Не відповідали нормативам	460			121			172			44		
Питома вага проб, які не відповідали нормативам, %	5.0			2.8			2.9			2.2		

Примітка: 1 – за санітарно-хімічними, 2 – бактеріологічними показниками

Централізоване водопостачання населення Одеської області здійснюється з поверхневих водойм річок Дністер, Дунай та о. Ялпуг, 1191 підземного джерела та трьох каптажів.

Високий рівень антропогенного впливу на якість річкової води формується за межами Одеської області. Підземні джерела водопостачання майже на всій території області за своїми природними властивостями мають високу ступінь мінералізації, загальну жорсткість, підвищений вміст нітратів, сульфатів, хлоридів тощо.

Децентралізоване водопостачання здійснюється з 2332 громадських колодязів, 35 буюетів, 19 артезіанських свердловин та 11 каптажів. Більшість сільського населення користується децентралізованими джерелами (артезіанськими свердловинами та криницями).

Під час війни пошкоджень об'єктів питного водопостачання в Одеській області не зафіксовано. Перебої у питному водопостачанні та можливий негативний вплив на якість питної води мали місце лише під час відключення електроенергії на об'єктах подачі населенню питної води.

При проведенні аналізу якості питної води із джерел питного водопостачання встановлено, що найбільший відсоток нестандартних проб питної води із джерел централізованого водопостачання за санітарно-хімічними показниками було зафіксовано за період 6-ти місяців 2024 року – 21,1%; у 2023 році було виявлено 19,5% нестандартних проб, в 2022 році – 10,3%, 2021 році – 6,6%.

Найбільший відсоток нестандартних проб питної води із джерел централізованого водопостачання за мікробіологічними показниками було виявлено у 2021 році – 7,8%. В 2022 році – 7,7%, 2023 році – 6,9% і за 6 місяців 2024 року – 1,5%.

Із джерел нецентралізованого водопостачання найбільший відсоток нестандартних проб питної води за санітарно-хімічними показниками було зафіксовано у 2021 році – 45,8%. В 2022 році – 45,6%, 2023 році – 33,3% і за 6 місяців 2024 року – 40,3%. За мікробіологічними показниками найбільший відсоток нестандартних проб виявлено у 2021 році – 18,3%. В 2022 році – 15,5%, 2023 році – 14,9% і за 6 місяців 2024 року – 12,6%.

На якість питної води негативно впливає недотримання вимог технологічних регламентів, незадовільний санітарно-технічний стан водопровідних споруд та мереж, відсутність проведення їх очистки і дезінфекції, несвоєчасне проведення капітальних та поточних планово-профілактичних ремонтів, несвоєчасна ліквідація аварій, порушення режимів утримання зон санітарної охорони джерел водопостачання.

У порівняльному аналізі якості води з водойм 1 категорії, які є джерелами питного водопостачання (р. Дністер, р. Дунай, оз. Ялпуг), встановлено, що за санітарно-хімічними показниками збільшився відсоток нестандартних проб води в 2023р. – 18,0% (в 2022 р. – 3,9%). За 6 місяців 2024 року частка нестандартних проб води склала 2,1%. За мікробіологічними показниками відсоток нестандартних проб води залишається в межах 2,9% в 2023 р., з 7,7% - 2,3% в 2021 – 2022 р.р., та за 6 міс 2024 року – 1,9%.

Аналіз якості води з водойм 2-ї категорії (лимани), які використовуються у межах населених пунктів для відпочинку населення, занять спортом, встановлені наступні коливання відсотку нестандартних проб, а саме:

- за санітарно-хімічними показниками з 2021 р. – 29% до 16,7% в 2023 р., за 6 місяців 2024 р. – 11,5%;

- за мікробіологічними показниками відсоток нестандартних проб найвищий у 2023р. – 23,8%, проти 14% у 2021р., за 6 місяців 2024 р. – 10%.

На стан якості води поверхневих водойм впливають як природні фактори (кліматичні умови, кількість дощових опадів тощо) та антропогенні фактори.

Спалахів інфекційних захворювань серед населення, пов'язаних із водним фактором передачі, в населених пунктах області не було зареєстровано

Аналізом даних результатів лабораторного контролю за станом якості атмосферного повітря встановлено, що відсоток нестандартних проб збільшився з 1,1% в 2021р. до 5,9% в 2023 р., що може бути пов'язано з забрудненням атмосферного повітря у випадках пожеж від вибухів на території житлової забудови міст Одеської області (м. Одеса, м. Чорноморськ). На території сільських поселень нестандартних проб атмосферного повітря за період 2021 – 2024 рр. не встановлено.

За даними моніторингових досліджень за станом ґрунту на території житлової забудови (парки), найбільший відсоток нестандартних проб за санітарно-хімічними показниками встановлено в 2023р. – 16,0% проте 8,1% в 2021 р. За 6 місяців 2024 року цей показник склав – 4,1%. Встановлено збільшення проб нестандартних на мікробіологічні показники на території дитячих майданчиків, а саме: з 3,3% в 2021р. до 9,0% - в 2023р.; за 6 місяців 2024р. відсоток нестандартних проб ґрунту на мікробіологічні показники склав – 5,9%, на санітарно-хімічні – 4,1%.

За результатами лабораторних досліджень проб харчових продуктів на мікробіологічні показники відсоток нестандартних проб коливався в межах 5,0% в 2021р. та 2,8 – 2,9% в 2022 – 2023р.р., за 6 місяців 2024 року відсоток нестандартних проб склав – 2,2 %.

За період 2021-2024 рр зареєстровано 16 спалахів гострих кишкових інфекцій та харчових токсикоінфекцій, пов'язаних із вживанням недоброякісних продуктів харчування. Під час спалахів постраждало 160 осіб, з них 79 дітей.

Із 16-ти спалахів – 6 були пов'язані з вживанням страв у закладах громадського харчування, 4 – з харчуванням у навчально-виховних закладах та 6 – виникли у побуті.

Етіологічним чинником в 10 випадках стали патогенні збудники – сальмонела ентерітідіс, в 5-ти випадках – умовно-патогенна мікрофлора (стафілокок, клебсієла, псевдомонада) та в одному випадку етіологічний чинник не встановлено.

Фактором передачі інфекції в 10-ти спалахах стали готові страви, що підтверджено лабораторними дослідженнями, в 6-ти випадках фактор передачі не встановлено через відсутність залишків харчових продуктів. Але через виділення етіологічного чинника з об'єктів зовнішнього середовища

(змиви) можна припустити, що страви, які вживалися хворими, були забруднені збудником.

Обставини, що сприяли виникненню спалахів: недотримання гігієнічних вимог до технологічних процесів виготовлення готової продукції, обробки сировини, миття кухонного та столового посуду; порушення температурного режиму зберігання харчових продуктів, недотримання особистої гігієни тощо.

Далі в табл.2 представлені дані щодо захворюваності населення області на інфекційні хвороби. Показник розраховувався на 100 тис відповідного населення.

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на наступне.

Захворюваність дорослого населення на інфекційні хвороби.

У 2023 році зростання показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: дифтерія, захворюваність на який не реєструвався у 2020 році у 2023 році випадки захворюваності зареєстровані з показником 0,05, гострий та хронічний гепатит В (2,1 разу з показником 0,4), гострий та хронічний гепатит С, Е, D (3,0 разу з показником 0,6), ехінокоз (2,0 разу з показником 0,04), скарлатина (1,5 разу з показником 0,03), лептоспіроз (5,0 раз з показником 0,05), менінгококова інфекція (2,0 рази з показником 0,06), сальмонельоз (2,3 разу з показником 1,4), туберкульоз органів дихання (1,1 разу з показником 8,7), хвороба Лайма (10 раз з показником 0,1), ентерит, спричинений *Yersinia enterocolitica* , захворюваність на який не реєструвався у 2020 році у 2023 році випадки захворюваності зареєстровані з показником 0,01.

У 2023 році зниження показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: віспа (вітряна) (1,5 разу з показником 0,8), гострий гепатит А (17,0 раз з показником 0,02), гонококова інфекція (1,2 разу з показником 0,6), грип (1,3 разу з показником 6,9), епідемічний паротит (2,0 разу з показником 0,01), сифіліс (1,3 разу з показником 0,3), коронавірусна хвороба (COVID-19) (10,1 разу з показником 35,9).

Показник захворюваності залишився без змін: ботулізм (0,02), Шигельоз (0,03).

Захворюваність дитячого населення на інфекційні хвороби.

У 2023 році зростання показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: туберкульоз органів дихання (1,1 разу з показником 0,8), хвороба Лайма (1,4 разу з показником 0,1), Шигельоз (2,0 рази з показником 0,4), сальмонельоз (1,4 разу з показником 3,8), ехінокоз (1,1 разу з показником 0,09), ентерит, спричинений *Yersinia enterocolitica*, захворюваність на який не реєструвався у 2020 році у 2023 році випадки захворюваності зареєстровані з показником 0,13,

У 2023 році зниження показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: віспа (вітряна) (1,4 разу з показником 39,7), коронавірусна хвороба (COVID-19) (3,5 разу з показником 21,6), кір (1,8 разу з показником 0,05) з випадками захворювань у 2024 році, кашлюк (4,0 рази з показником 0,2). В 2023 році не були зареєстровані випадки захворювань дитячого населення на інфекції, які були зареєстровані у 2020 році: гепатит А, краснуха, сифіліс, лептоспіроз.

Показник захворюваності залишився без змін на Гострий та хронічний гепатит В (0,03) та менінгококову інфекцію (0,07).

Таблиця 2

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Відповідно наказу Міністерства охорони здоров'я України 30 липня 2020 року № 1726 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 р. за № 1333/35616 «Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації»

Захворювання	2020 рік		2021 рік		2022 рік		2023 рік		6-ть місяців 2024 року	
	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі
Ботулізм	-	0,02	-	0,02	-	0,01	-	0,02	-	0,01
Бруцельоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вірусна хвороба Чикунгунья	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вірусні геморагічні гарячки невідомої етіології	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Віспа (натуральна)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Віспа (вітряна)	57,2	1,2	49,4	1,2	28,6	0,7	39,7	0,8	53,7	1,2
Вроджений сифіліс	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вроджені інфекції: Хвороба, яку спричинює вірус Зіка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гарячка денге	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гарячка Західного Нілу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гонококова інфекція	-	0,7	-	0,8	-	0,3	-	0,6	-	0,1
Гострий гепатит А	0,8	0,34	0,5	0,05	0,07	0,2	-	0,02	-	0,06
Гострий та хронічний гепатит В	0,03	0,19	0,03	0,11	0,03	0,3	0,03	0,4	-	0,3
Гострий поліомієліт	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Гострий та хронічний гепатит С, Е, D	-	0,2	-	0,1	-	0,4	-	0,6	-	0,6
Гранулоцитарний анаплазмоз людини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Грип	73,9	9,1	-	-	3,7	0,9	18,1	6,9	15,8	2,3
Дирофіляріоз	-	-	-	0,02	-	0,03	-	0,05	-	0,01
Дифтерія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ентерит, спричинений <i>Yersinia enterocolitica</i>	-	0,01	-	-	-	-	0,03	0,01	-	-
Ентерогеоморагічна <i>Escherichia coli</i> інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Епідемічний паротит	0,1	0,02	0,13	0,01	0,03	-	0,33	0,01	0,05	0,01
Ехінококоз	0,07	0,02	0,13	0,11	0,05	0,02	0,09	0,04	0,07	0,06
Жовта гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кампілобактеріаль ний ентерит	-	-	0,05	0,03	-	-	0,03	-	-	-
Кашлюк	0,8	0,01	0,1	-	0,03	-	0,2	-	5,3	0,09
Кір	0,09	0,03	-	-	-	-	0,05	-	0,18	0,05
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01
Коронавірусна хвороба (COVID-19)	76,7	358,2	167,8	846,4	196,3	530,7	21,6	35,9	10,1	11,6
Краснуха	0,05	0,01	-	-	-	0,01	-	-	-	-
Крим-Конго геоморагічна гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Криптоспоридіоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ку-гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сифіліс	0,03	0,4	0,05	0,5	-	-	-	0,3	-	0,2
Сказ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Скарлатина	5,7	0,02	1,3	0,01	1,5	0,02	3,8	0,03	4,7	0,03
Лейшманіоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лептоспіроз	0,5	0,01	-	0,02	-	0,02	-	0,05	-	0,01
Лістеріоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лямбліоз	2,8	0,7	2,5	0,62	1,2	0,3	1,6	0,2	0,8	0,05
Малярія		0,03	-	-	-	-	-	-	-	-
Менінгококова інфекція	0,07	0,03	0,03	0,01	0,05	0,04	0,07	0,06	0,05	0,03
Моноцитарний ерліхіоз людини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Пневмококові інфекції (у т.ч. Пневмонія стрептококова, групи В)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Правець	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01
Природжений токсоплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сальмонельоз	2,74	0,6	3,2	0,5	2,3	1,3	3,8	1,4	0,9	0,3
Сибірка	-	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-
Токсоплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихінельоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Туберкульоз органів дихання	0,73	7,9	0,6	9,5	1,01	7,4	0,8	8,7	0,5	4,2
Туберкульоз інших органів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Туляремія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хантавірусна інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Хвороба Кройцфельда-Якоба	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба Лайма	0,07	0,01	0,03	0,09	0,07	0,07	0,1	0,1	0,07	0,09
Хвороба легіонерів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба, яку спричинює вірус Зіка, окрім вродженої	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Холера	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Черевний тиф та паратиф	0,03	-	-	-	0,03	0,01		0,01	-	-
Чума	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шигельоз	0,2	0,03	0,1	0,03	0,2	0,07	0,4	0,06	0,03	0,01

При цьому на території області були зареєстровані випадки захворюваності на малярію (доросле населення, 2020 рік, показник 0,03) та правець (доросле населення, 2024 рік, показник 0,01).

Відповідно до програми дослідження вивчалися та аналізувалися ресурси з надання медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах в динаміці 2020 – 2023 років. Отримані дані наведено в табл. 3.

Таблиця 3

**Ресурси з надання медичної допомоги населенню
при інфекційних хворобах**

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік
Амбулаторна допомога дорослому населенню				
Кількість спеціалізованих кабінетів	36	35	31	31
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	17	15	22	15
Забезпеченість посадами на 10 тис дорослого населення	0,09	0,08	0,12	0,08
Амбулаторна допомога дитячому населенню				
Кількість спеціалізованих кабінетів	8	9	13	13
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	2	4	4	12
Забезпеченість посадами на 10 тис дитячого населення	0,05	0,09	0,09	0,3
Стаціонарна допомога дорослому населенню				
Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих	1530	2441	1515	638
Забезпеченість ліжками на 10 тис дорослого населення	8,06	13,03	8,08	3,4
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	82	75	73	72
Кількість госпіталізованих хворих	30828	41439	18435	17540
Робота ліжка, кількість днів на рік	160,4	162,5	110,3	221,4
Померло дорослих, кількість	1166	3975	702	366
Стаціонарна допомога дитячому населенню				
Кількість ліжок інфекційного профілю для дитячого населення	395	455	490	405
Забезпеченість ліжками на 10 тис дитячого населення	8,42	9,76	10,51	8,69
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	15	14	13	7
Кількість госпіталізованих хворих	6437	6935	5871	7696
Робота ліжка, кількість днів на рік	86,9	88,6	81,8	120,2
Померло дітей, кількість	2	2	3	-
Інші ресурси				
Кількість бак лабораторій	9	9	10	8
Кількість посад лікарів лаборантів бак лабораторій	3	5	6	3

Ресурси з надання медичної допомоги дорослому населенню при інфекційних хворобах. Кількість спеціалізованих кабінетів в області за період 2020-2023 рр скоротилася на 5 і склала 31 кабінет. При цьому кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги скоротилася на 2 посади і склала 15 з найбільшим показником у 2022 році – 22 посади. Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих скоротилася в 2,4 разу і склала 638 з показником 3,4 в розрахунку на 10 тис дорослого населення. Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги скоротилася на 10 посад і склала 72. Кількість госпіталізованих хворих із 30828 в 2020 році з рівнем летальності 3,8% скоротилася до 17540 (1,8 разу) з рівнем летальності 2,1%.

Ресурси з надання медичної допомоги дитячому населенню при інфекційних хворобах. Кількість спеціалізованих кабінетів в 2023 році збільшилася у зрівнянні з 2020 роком на 5 і склала 13. При цьому кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню зросла в 6,0 разів і склала 12 посад. Кількість госпітальних ліжок інфекційного профілю для надання стаціонарної допомоги дитячому населенню у 2023 році у зрівнянні з 2020 роком зросла на 10 і склала 405 з найбільшою кількістю в 2022 році – 490. При цьому кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги дитячому населенню була скороченою в 2,1 разу і склала 7 посад. Робота ліжка склала від 86,9 в 2020 році до 120,2 днів на рік в 2023 році.

Інші ресурси склали бактеріологічні лабораторії. Їх кількість за роки дослідження скоротилася на одну і склала 8 при трьох посадах лікарів-лаборантів.

В цілому за результатами проведеного аналізу можна зробити висновок про негативний вплив війни проти російської воєнної агресії на стан санітарно-епідемічної ситуації, захворюваність населення на інфекційні хвороби та ресурси з надання медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах на території Одеської області.

Торгачов М.,
в.о. Генерального директора ДУ «Сумський обласний
центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»
Медведовська Н.,
доктор медичних наук, професор,
Національна академія медичних наук України
начальник науково-координаційного управління
Слабкий Г.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я
Фейса І.,
ст. викладач кафедри громадського здоров'я
Лопіт В.,
аспірант
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ НА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ, ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: СУМСЬКА ОБЛАСТЬ

Сумська область відноситься до регіонів в якому відбуваються активні бойові дії. 19 ОТГ області залишаються зонами бойових дій. Враховуючи, що щодня продовжуються обстріли прикордонних сіл та міст, їх кількість може змінюватись. В населених пунктах не завершені роботи з розмінування територій, тому доступу до всіх об'єктів, які мають потенційний вплив на санітарно-епідемічну ситуацію немає. 115 прикордонних населених пунктів віднесені до територій п'яти кілометрової зони, з якої відбулась евакуація населення. Всього з небезпечних районів евакуювали майже 22 тисячі осіб. 28 населених пунктів залишились без населення. 183 населені пункти області визначені як такі, жителі яких підпадають під евакуацію. Додатково прийняте рішення про обов'язкову евакуацію населення з 90 населених пунктів Сумського району. В окремі населені пункти 20-кілометрової зони доступність неможлива.

Аналізу підлягали оперативні дані Сумського обласного центру контролю та профілактики захворювань щодо стану санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні, стану захворюваності населення на інфекційні захворювання та ресурсів системи охорони здоров'я області з надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при інфекційних захворюваннях в динаміці 2021 – першої половини 2024 року.

На першому етапі дослідження проаналізовано дані щодо санітарно-епідемічної ситуації в області. Таблиця 1.

Таблиця 1

СТАН САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

Показник	2021 рік			2022 рік			2023 рік			6-ть місяців 2024 року		
	Всього аналізів (санхім/мікр)	Не відповідає стандарту (нормативу)		Всього аналізів (санхім/мікр)	Не відповідає стандарту (нормативу)		Всього аналізів (санхім/мікр)	Не відповідає стандарту (нормативу)		Всього аналізів (санхім/мікр)	Не відповідає стандарту (нормативу)	
		1	2		1	2		1	2		1	2
<i>Характеристика аналізів води</i>												
води з водойм І категорії	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
води з водойм II категорії	353/440	22	9	280/454	6	29	314/418	20	21	191/306	38	23
джерела централізованого водопостачання населення	3711/6690	860	484	5777/9790	1071	335	7250/9201	996	463	3381/3816	536	96
В тому числі:												
- Комунальні	1696/3929	169	206	3715/6772	623	157	4582/6190	383	204	2154/2548	259	46
- Відомчі	164/339	38	19	779/1054	110	10	776/907	106	11	596/419	92	5
- Сільських водопроводів	1851/2422	653	259	1283/1964	338	168	1892/2104	507	248	631/849	185	45
джерела децентралізованого водопостачання населення	1106/1395	712	390	870/1495	558	395	2227/2386	1376	950	1377/1556	791	516
<i>Характеристика аналізів повітря</i>												
атмосферного повітря міських поселень	2906	20	-	2691	2	-	3272	7		1384	9	-
атмосферного повітря сільських поселень	1022	4	-	534	1	-	825	-		461	2	-
<i>Характеристика аналізів ґрунту</i>												
Всього проведено досліджень	103/2889	2	137	47/2852	2	295	50/3415	3	207	73/1488	10	117

Продовження таблиці 1

В тому числі													
- в місцях зберігання токсичних відходів	72/-	-	-	23/-	2	-	17/-	1	-	41/-	-	3	
- території вирощування сільськогосподарської продукції	7/-	-	-	-	-	-	3/-	-	-	4/-	-	-	
- території в місцях застосування пестицидів	7/-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
- ґрунт у зоні житлових масивів	13/2446	2	94	24/2028	-	166	30/2558	2	128	28/376	2	27	
- дитячих майданчиків та закладів	4/443	-	43	-/824	-	129	-/857	-	79	-/1112	8	87	
<i>Якість та безпека продуктів харчування/ проби харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками</i>													
Усього проб	5141			3608			4503			2675			
Не відповідали нормативам	195			171			195			122			
Питома вага проб, які не відповідали нормативам, %	3,7			4,7			4,3			4,5			

Примітка: 1 - за санітарно-хімічними, 2- бактеріологічними показниками.

Необхідно зазначити, що в результаті бойових дій пошкодження зазнали складові централізованого водопостачання – велика кількість водонапірних веж, а також розвідна мережа та насосне обладнання. У більшості випадків за наявності населення, яке користується водою централізованих джерел водопостачання відновлювалось. Дані щодо кількості населення, яке вживало неякісну воду відсутні. Спалахів інфекційних захворювань, пов'язаних з вживанням недоброякісної питної води не зареєстровано.

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на наступне.

Результати дослідження якості води.

Проби води з водойм І категорії в області не проводилися. Кількість проб води із водойм ІІ категорії для проведення хімічного аналізу скоротилася від 353 до 314. а за мікробіологічним складом кількість досліджень скоротилася від 440 до 418. При цьому частка проб які не відповідали нормативам за хімічним складом залишалася практично на одному рівні (6,2 - 6,4 %), а частка проб які не відповідали нормативам за мікробіологічним складом збільшилася в 2,5 разу і склала в 2023 році 5,0%, а в 2024 році – 7,5%.

Кількість проб води із джерел централізованого водопостачання населення у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком для проведення хімічного аналізу зросла у 1,95 разу і склала 7250 з показником невідповідності санітарним нормативам 13,74% а кількість проб води для проведення бактеріологічного аналізу зросла в 1,4 разу і склала 9201 з показником невідповідності санітарним нормативам 5,0%. В 2024 році показник невідповідності санітарним нормам склав відповідно 15,9 % та 2,5%. При цьому в 2021 році показник невідповідності санітарним нормам склав відповідно 23,2% та 7,2%.

При цьому: кількість проб води із джерел комунального централізованого водопостачання для проведення хімічного аналізу води у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 2,7 разів і склала 4582 проби. Показник невідповідності санітарним нормам щодо хімічного складу води складав: 2021 рік – 9,96%, 2023 рік – 8,36 %, 2024 рік – 12,0 %;

- кількість проб води із джерел комунального централізованого водопостачання для проведення бактеріологічного аналізу води у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 1,57 разів і склала 6190 проб. Показник невідповідності санітарним нормам щодо мікробіологічного складу води складав: 2021 рік – 5,2%, 2023 рік – 3,3%, 2024 рік – 1,8 %;

- кількість проб води із джерел відомчого централізованого водопостачання для проведення хімічного аналізу води у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 4,7 разів і склала 776 проби. Показник невідповідності санітарним нормам щодо хімічного складу води складав: 2021 рік – 23,2%, 2023 рік – 13,7 %;

- кількість проб води із джерел відомчого централізованого водопостачання для проведення бактеріологічного аналізу води у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 2,7 разів і склала 907 проб. Показник

невідповідності санітарним нормам щодо мікробіологічного складу води складав: 2021 рік – 5,6%, 2023 рік – 1,2%;

- кількість проб води із джерел децентралізованого водопостачання населення для проведення хімічного аналізу води у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 2,0 разів і склала 2227 проб. Показник невідповідності санітарним нормам щодо хімічного складу води складав: 2021 рік – 64,4%, 2023 рік – 61,8 %;

- кількість проб води із джерел децентралізованого водопостачання для проведення бактеріологічного аналізу води у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 1,7 разів і склала 2386 проб. Показник невідповідності санітарним нормам щодо мікробіологічного складу води складав: 2021 рік – 27,95%, 2023 рік – 40,2%.

Результати дослідження за якістю повітря.

- кількість проб атмосферного повітря міських поселень у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком збільшилася у 1,13 разів і склала 3272 проб. Показник невідповідності санітарним нормам складав: 2021 рік – 0,7%, 2023 рік – 0,2%.

- кількість проб атмосферного повітря сільських поселень у 2023 році у зрівнянні з 2021 роком скоротився у 1,2 рази і склала 825 проб. Показник невідповідності санітарним нормам складав: 2021 рік – 0,4%, у 2023 році всі проби відповідали санітарним нормам.

Результати дослідження за якістю ґрунту:

- у 2021 році проведено 103 проби ґрунту для дослідження його хімічного складу. При цьому 1,9% проб не відповідало санітарним нормам;

- у 2023 році проведено 50 (у 2,06 разу менше) відповідних проб. При цьому 6,0% проб не відповідало санітарним нормам

- контроль за якістю ґрунту у зоні дитячих майданчиків та закладів показав наступну невідповідність санітарним нормам за мікробіологічним складом: 2021 рік – 9,7%, 2022 рік – 15,7%, 2023 рік – 9,2%, 2024 рік – 7,8%.

Результати контролю за якістю харчових продуктів та продовольчої сировини:

- в 2023 році проведено 4503 дослідження якості харчових продуктів, що в 1,14 разу менше ніж у 2021 році. За перше півріччя 2024 року таких досліджень проведено 2675. Рівень невідповідності санітарним нормам склав: 2021 рік – 3,7%, 2022 рік – 4,7% , 2023 рік – 4,3%, 2024 рік – 4,5%.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу захворюваності населення області на інфекційні захворювання. Показник захворюваності розраховувався на 100 тис відповідного населення. Облік захворюваності населення на інфекційні захворювання проводився відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України 30 липня 2020 року № 1726 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 р. за № 1333/35616 «Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації».

Отримані дані наведено в табл.2.

Таблиця 2

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Захворювання	2020 рік		2021 рік		2022 рік		2023 рік		6-ть місяців 2024 року	
	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі
Ботулізм	-	0,02	-	0,02	-	0,01	-	-	-	0,01
Віспа (вітряна)	108.86	2.59	87.30	1.72	29.49	0.77	39.80	1.21	28.45	0.81
Гонококова інфекція	-	0.63	0.12	0.46	0.06	0.34	-	0.44	0.13	0.33
Гострий гепатит А	0.24	0.22	0.06	0.03	-0.00	0.01	0.06	0.05	-	0.02
Гострий та хронічний гепатит В	-	0.55	0.06	0.60	0.06	0.74	0.06	1.64	-	0.78
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D	0.06	2.32	-	2.87	0.12	2.93	-	6.05	-	3.55
Грип	17.65	8.83	0.06	0.08	12.42	3.53	15.61	3.04	25.70	4.38
Дирофіляріоз	-	0.01	-	0.03	0. -0	0.05	-	0.06	-	-
Епідемічний паротит	0.12	0.04	0.66	0.01	0.06	-0.00	-	0.01	-	-
Ехінококоз	-	0.01	-	0.01	-	0.01	-	0.02	-	0.01
Кампілобактеріальний ентерит	-	-	-	-	-	-	0.06	-	-	-
Кашлюк	0.47	-	-	-	-	-	0.13	-	0.50	-
Кір	0.06	0.06	-	-	-	-	-	-	-	-
Коронавірусна хвороба (COVID-19)	89.85	434.72	331.21	940.25	511.18	798.86	71.76	150.40	4.95	18.83
Сифіліс	-	0.21	-	0.26	0.06	0.33	0.06	0.33	-	0.15
Скарлатина	13.27	0.07	1.85	0-	1.35	-	3.32	0.05	5.89	0.01
Лептоспіроз	-	0.01	-	0.02	0.0-	0.02	-	0.02	-	-
Лямбліоз	4.74	0.96	3.85	0.77	2.69	0.44	3.07	0.53	1.54	0.41
Менінгококова інфекція	0.24	-	0.12	-	0.06	-	-	-	0.06	0.01
Сальмонельоз	1.90	0.59	2.29	0.61	1.16	0.85	2.07	1.81	0.69	0.71
Токсоплазмоз	-	0.01	-	0.01	-	-	-	0.02	-	-
Туберкульоз органів дихання	0.30	3.48	0.72	3.37	0.25	3.50	1.57	4.42	0.25	2.12

Продовження таблиці 2

Туберкульоз інших органів	Дані відсутні									
Туляремія	0.06	-	-	-	0.12	-	-	-	-	-
Хвороба Лайма	1.13	1.94	1.56	1.50	0.80	2.29	0.94	3.80	0.44	1.25
Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	-	1,40	0,12	1,36	0,06	1,59	0,06	2,05	-	1,29
Шигельоз	-	-	0.06	0.01	0.06	0.01	-	-	-	-
<i>Смертність населення внаслідок інфекційних хвороб</i>										
Померло дорослих, кількість	-	549	-	2292	-	602	-	87	-	9
Показник на 100 тис дорослого населення	-	60,30	-	254,82	-	67,81	-	9,95	-	1,03
Померло дітей, кількість	1	-	-	-	3	-	1	-	-	-
Показник на 100 тис дитячого населення	059	-	-	-	1,84	-	0,63	-	-	-

Примітка :* в 2020 році зареєстровано Пневмококовий менінгіт у дитини. Показник на 10 тис. – 0,06

Аналіз наведених в табл.3 даних вказує на наступне.

Дитяче населення. Збільшення показника захворюваності в 2023 році у зрівнянні з 2020 роком зареєстровано за наступними хворобами: Сальмонельоз в 1,09 разу з показником 2,07, Туберкульоз органів дихання в 5,23 разу з показником 1,57. Зареєстровані випадки захворюваності дітей на хвороби які не реєструвалися в 2020 році: гострий та хронічний гепатит в з показником 0,06, кампілобактеріальний ентерит з показником 0,06, сифіліс з показником 0,06, хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) з показником 0,06. За перше півріччя 2024 року зареєстровано зростання захворюваності дітей на грип з показником 25,70 та кашлюк з показником 0,50. Зареєстровані випадки захворюваності дітей на гонококову інфекцію, які не реєструвалися в 2020 році з показником 0,13. Найвищий показник захворюваності дітей на коронавірусну хворобу (COVID-19) було зареєстровано у 2022 році – 511,18 на 100 тис дитячого населення.

При цьому зареєстровані випадки смертності дітей внаслідок інфекційних хвороб: 2020 рік-1, 2022 рік- 3, 2023 рік- 1.

Доросле населення. Збільшення показника захворюваності в 2023 році у зрівнянні з 2020 роком зареєстровано за наступними хворобами: гострий та хронічний гепатит в в 2,98 разу з показником 1,64, гострий та хронічний гепатит с, е, d в 2,61 разу з показником 6,05, ехінококоз в 2,0 рази з показником 0,02, сифіліс в 1,57 разу з показником 0,33, сальмонельоз в 3,19 разу з показником 1,81, токсоплазмоз в 2,0 рази з показником 0,02, туберкульоз органів дихання в 1,27 разу з показником 4,42, хвороба Лайма в 1,96 разу з показником 3,8, хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) в 1,46 разу з показником 2,05.

За період 2021-перше півріччя 2024 року зареєстровані наступні спалахи гострих кишкових інфекцій.

2021 рік. Конотопський р-н, с. Попівка, спалах гострої кишкової інфекції не уточненої етіології в Попівському НВК «ЗОШ I-III ст. ДНЗ», постраждали 32 особи, з них 27 – діти до 15 років. Ймовірна причина спалаху – порушення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму на харчоблоці навчального закладу. Конкретний фактор передачі збудника не встановлений.

2022 рік. м. Ромни, спалах сальмонельозу (збудник *Salmonella enteritidis*) у побуті, постраждало 4 особи, 2 з них діти. Ймовірно, причиною спалаху було вторинне бактеріальне забруднення готової продукції (еклерів) внаслідок перетину потоків сирови і готової продукції та недотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму на підприємстві. Не виключено, що фактором інфікування могли стати еклери.

2024 рік – два спалахи.

Перший спалах. м. Шостка спалах гострої кишкової інфекції (збудник *Klebsiella pneumoniae*) у побуті, постраждали 12 осіб, з них діти до 15 років – 5 осіб. Основною причиною спалаху стало недотримання санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил у процесі діяльності сушарії, зокрема, правил дотримання особистої гігієни працівниками, дезінфекційного режиму

та температурних режимів зберігання харчових продуктів. Фактор передачі збудника – суші.

Другий спалах. Суми. Спалах сальмонельозної інфекції (збудник *Salmonella enteritidis*) у побуті з кількістю захворілих - 3 особи (дорослі). Фактор інфікування не встановлений. Не виключено, що причиною спалаху стало порушення умов зберігання та вживання продуктів харчування в домашніх умовах.

Далі було проаналізовано динаміку забезпеченості основними ресурсами з надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах за 2020- 2023 роки в розрізі амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги. Дані оперативного моніторингу наведено в табл.3.

Таблиця 3

Ресурси з надання медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	2023 до 2020 pp
Амбулаторна допомога дорослому населенню					
Кількість спеціалізованих кабінетів	25	25	22	22	- 3
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	35,5	31,75	33	29,75	- 5,75
Забезпеченість посадами на 10 тис дорослого населення	0,39	0,35	0,37	0,34	- 0,05
% укомплектованості посад фізичними особами	Дані відсутні				
% укомплектованості посад сумісниками	81,69	66,14	56,81	55,5	- 26,19
Амбулаторна допомога дитячому населенню					
Кількість спеціалізованих кабінетів	3	3	5	5	+ 2
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	10	4	4,75	4,25	- 5,75 (2,36 разу)
Забезпеченість посадами на 10 тис дитячого населення	0,59	0,24	0,29	0,27	- 0,32
% укомплектованості посад фізичними особами	Дані відсутні				
% укомплектованості посад сумісниками	66,66	81,25	63,16	64,7	- 1,96
Стаціонарна допомога дорослому населенню					
Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих	993	1 503	677	338	-655 (2,9 разу)

Продовження таблиці 3

Забезпеченість ліжками на 10 тис дорослого населення	10,9	16,7	7,62	3,86	-7,04 (2,8 разу)
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	32,75	37,5	46,75	41	+ 8,25
Кількість госпіталізованих хворих	10459	22 798	11208	9265	- 1194
Робота ліжка, кількість днів на рік	204,88	198,5	123,7	190,3	- 1458
Стационарна допомога дитячому населенню					
Кількість ліжок інфекційного профілю для дітей	220	216	122	122	-98 (1,8 разів)
Забезпеченість ліжками на 10 тис дитячого населення	13,03	12,9	7,46	7,6	- 5,43
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	4,5	11,0	8,75	6,25	+ 1,75
Кількість госпіталізованих хворих	4234	4 885	3781	4329	+ 95
Робота ліжка, кількість днів на рік	133,98	110,8	116,8	228,8	+ 94,82
Інші ресурси					
Кількість бак лабораторій	24	24	24	22	- 2

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на наступне.

Кількість спеціалізованих кабінетів для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги дорослому населенню скоротилася на 3 і склала 22 кабінети.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної допомоги дорослому населенню скоротилася на 5,75 посад і склала 29,75 посад.

Забезпеченість посадами лікарів-інфекціоністів дорослого населення для надання амбулаторної допомоги дорослому населенню скоротилася на 0,05 і склала 0,34 на 10 тис дорослого населення.

Рівень укомплектованості посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної допомоги дорослому населенню в динаміці років дослідження за рахунок сумісників склав відповідно 81,69%, 66,14%, 56,81% та 55,5%.

Кількість спеціалізованих кабінетів амбулаторної спеціалізованої допомоги дитячому населенню зросла на 2 і склала 5 кабінетів.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги дитячому населенню скоротилася на 5,75 (2,36 разу) посад і склала 4,25 посади.

Забезпеченість посадами лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги дитячому населенню скоротилася на 0,32 і склала 0,27 на 10 тис дитячого населення.

Рівень укомплектованості посад лікарів-інфекціоністів дитячих для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги в динаміці років дослідження забезпечений сумісниками відповідно на наступному рівні: 66,66%, 81,25%, 63,16%, 64,7%.

Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих скоротилася в 2,9 разу і склала 338 госпітальних ліжок з рівнем забезпеченості 3,86.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги дорослому населенню зросла на 8,25 і склала 41 посаду.

Кількість госпіталізованих хворих скоротилася в 1,13 разу і в 2023 року склала 9265 пацієнтів.

Робота ліжка, кількість днів на рік, скоротилася із 204,88 дня в 2020 році до 190,3 днів в 2023 році що становить 14,58 днів.

Кількість ліжок інфекційного профілю для надання стаціонарної допомоги дитячому населенню скоротилася на 98 і склала 122 госпітальних ліжок.

Забезпеченість ліжками скоротилася на 5,43 та склала 7,6 в розрахунку на 10 тис. дитячого населення.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги дитячому населенню збільшилася на 1,75 і склала 6,25.

Кількість госпіталізованих хворих дітей зросла на 95 і в 2023 році склала 4329 в 2023 році. Робота ліжка, кількість днів на рік, зросла на 94,82 дні і склала 228,8 днів на рік з найбільш низьким рівнем в 2021 році - 110,8 днів на рік.

З інших ресурсів необхідно відмітити наступне.

Кількість бактеріологічних лабораторій скоротилася із 24 до 22 – на 2.

Дані про кадрове забезпечення бактеріологічних лабораторій відсутні.

.

ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ НА СТРУКТУРУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ

Війна Українського народу проти російської військової агресії стала для країни гуманітарною катастрофою, та спричинила велику кількість вимушеної міграції та переселення населення в безпечні зони проживання [1,2]. Крім того воєнні дії стали причиною руйнування інфраструктури системи охорони здоров'я [3] та негативно вплинула на стан медико-демографічної ситуації [4,5]. В доступній нам науковій літературі опублікована значна кількість результатів досліджень що відображають вплив війни проти російської військової агресії на стан здоров'я населення країни та медико-демографічну ситуацію [6-9]. В даних наукових інформаційних джерелах здебільшого висвітлюється стан ментального виснаження населення [10,11] та стан психічного здоров'я [12]. Вказаній проблемі присвячена і значна частка наукових публікацій закордонних дослідників [13-17]. В доступних нам наукових інформаційних джерелах відсутні публікації, які присвячені впливу війни на стан організації та рівень доступності спеціалізованої стоматологічної допомоги.

Виходячи з того, що доступність спеціалізованої стоматологічної допомоги визначається наявністю закладів охорони здоров'я в яких вона надається нами досліджено та проаналізовано вплив війни проти російської воєнної агресії на структуру стоматологічної служби системи охорони здоров'я МОЗ України. Матеріалами дослідження стали статистичні дані центру медичної статистики МОЗ України з питання дослідження.

На першому етапі дослідження нами проаналізовано дані щодо мережі закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, які надають амбулаторну стоматологічну допомогу населенню в динаміці 2020 - 2023 років. Отримані дані наведено в табл.1.

Таблиця 1

Мережа закладів охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України, які надають амбулаторну стоматологічну допомогу населенню, 2020 - 2023 роки

Адміністративні території	Кількість самостійних стоматологічних поліклінік					Заклади охорони здоров'я, які мають стоматологічні відділення (кабінети)				
	2020	2021	2022	2023	2023 до 2020 +/-	2020	2021	2022	2023	2023 до 2020 +/-
Області										
Вінницька	8	8	4	4	- 4	35	33	39	42	+7
Волинська	5	5	5	5	-	28	26	34	34	+6

Продовження таблиці 1

Дніпропетровська	16	13	5	5	- 11	62	58	85	59	-3
Донецька	13	11	10	8	-5	28	32	29	36	+8
Житомирська	10	10	9	7	-3	38	27	46	43	+5
Закарпатська	2	3	3	3	+1	28	26	28	29	+1
Запорізька	9	9	6	2	-7	36	34	20	21	-15
Івано-Франківська	4	4	4	3	-1	48	45	44	43	-5
Київська	9	9	8	8	-1	45	44	47	47	+2
Кіровоградська	4	4	4	3	-1	31	32	32	31	-
Луганська	2	1	-	-	-2	16	16	11	1	-15
Львівська	15	14	11	11	-4	83	59	53	55	-28
Миколаївська	2	2	2	1	-1	28	26	29	33	+5
Одеська	7	7	7	6	-1	64	56	68	66	+2
Полтавська	8	8	6	5	-3	34	37	49	52	+18
Рівненська	10	8	7	7	-3	31	29	36	38	+7
Сумська	5	5	5	5	-	36	37	56	57	+21
Тернопільська	4	4	4	4	-	41	36	45	44	-3
Харківська	12	12	12	11	-1	71	67	92	86	+15
Херсонська	3	2	1	1	-2	23	22	14	9	-14
Хмельницька	2	2	1	1	-1	35	33	36	36	+1
Черкаська	5	5	5	5	-	39	32	33	31	-8
Чернівецька	4	4	4	3	-1	30	28	31	30	-
Чернігівська	5	4	4	4	-1	33	32	30	28	-5
м. Київ	4	4	3	3	-1	40	37	55	53	+13
Україна	168	158	130	115	-53	983	904	1 042	1004	+21

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що у 2023 році у зрівнянні з 2020 роком в Україні кількість самостійних стоматологічних поліклінік скоротилася на 53 і склала 115. Найбільша кількість самостійних стоматологічних поліклінік скоротилася в Дніпропетровській (11), Запорізька (7) та Донецькій (5) областях. Це регіони на який ідуть активні бойові дії. При цьому необхідно відмітити, що тільки в Закарпатській області за період дослідження була відкрита самостійна стоматологічна поліклініка, а в Луганській області всі (2) самостійні стоматологічні поліклініки були закриті. Гранична різниця кількості самостійних стоматологічних поліклінік коливається від 11 в Харківській області до їх відсутності на підконтрольній Україні частині Луганської області.

Кількість закладів охорони здоров'я, які мають стоматологічні відділення (кабінети) за період дослідження в системі охорони здоров'я України збільшилася на 21 і склала 1004. При цьому скорочення таких закладів зареєстровано у Львівській (28), Запорізькій та Луганській (по 15) і Херсонській (14) областях. При цьому у Сумській (21), Полтавській (18), Харківській (15) областях та м. Києві (13) зареєстрована найбільша кількість закладів охорони здоров'я і яких відкриті стоматологічні відділення (кабінети). Наступним кроком дослідження стало проведення аналізу динаміки забезпеченості населення стоматологічними госпітальними

ліжками для надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню. Отримані результати наведено в табл.2.

Таблиця 2

Стоматологічні ліжка у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України та забезпеченість ними дорослого населення, 2020 - 2023 роки

Адміністративні території	Стоматологічні ліжка для дорослих								2023 до 2020 абс
	2020		2021		2022		2023		
	Абс	Показ	Абс	Показ з	Абс	Показ	Абс	Показ	
Вінницька	50	0,33	50	0,33	50	0,33	50	0,33	-
Волинська	22	0,21	20	0,20	25	0,25	20	0,20	-2
Дніпропетровська	130	0,41	105	0,34	106	0,34	105	0,34	-25
Донецька	50	0,27	50	0,27	50	0,27	50	0,27	-
Житомирська	30	0,25	30	0,25	30	0,25	38	0,32	+8
Закарпатська	5	0,04	5	0,04	10	0,08	10	0,08	+5
Запорізька	40	0,24	40	0,24	30	0,18	30	0,18	-10
Івано-Франківська	40	0,29	35	0,26	35	0,26	35	0,26	-5
Київська	55	0,31	47	0,26	47	0,26	52	0,29	-3
Кіровоградська	20	0,22	10	0,11	15	0,17	15	0,17	-5
Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	60	0,24	62	0,25	72	0,29	62	0,25	+2
Миколаївська	35	0,32	35	0,32	35	0,32	28	0,26	-7
Одеська	20	0,08	20	0,09	20	0,09	20	0,09	-
Полтавська	36	0,26	36	0,27	36	0,27	36	0,27	-
Рівненська	-	-	8	0,07	30	0,26	30	0,26	+30
Сумська	27	0,26	25	0,24	20	0,19	18	0,17	-9
Тернопільська	20	0,19	20	0,20	20	0,20	20	0,20	-
Харківська	130	0,50	125	0,48	125	0,48	121	0,47	-9
Херсонська	35	0,34	20	0,20	20	0,20	20	0,20	-15
Хмельницька	20	0,16	20	0,16	10	0,08	10	0,08	-10
Черкаська	35	0,30	38	0,33	36	0,31	36	0,31	+1
Чернівецька	25	0,28	25	0,28	25	0,28	25	0,28	-
Чернігівська	35	0,36	30	0,32	30	0,32	30	0,32	-5
м. Київ	25	0,09	20	0,07	80	0,27	80	0,27	+55
Україна	945	0,23	876	0,21	957	0,23	941	0,23	-4

Показник на 10 тис. дорослого населення

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на те, що за період дослідження в цілому в системі охорони здоров'я України зареєстровано скорочення 4 госпітальних ліжок для надання спеціалізованої стоматологічної медичної допомоги дорослому населенню. В розрізі адміністративних територій країни даний процес відбувався нерівномірно. При цьому найбільша кількість госпітальних стоматологічних ліжок була скорочена на наступних територіях: Дніпропетровська (25), Херсонська (15), Запорізька та Хмельницька (по 10) і Харківська (9) області. Найбільше збільшення кількості госпітальних дорослого населення було зареєстровано на території м. Києва (55) та Рівненської (30) області.

Далі були вивчені та проаналізовані дані щодо динаміки кількості спеціалізованих стоматологічних госпітальних ліжок та забезпеченості ними дитячого населення. Отримані дані наведено в табл.3.

Таблиця 3

**Стоматологічні ліжка у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України
та забезпеченість ними дитячого населення, 2020 - 2023 роки**

Адміністративні території	Стоматологічні ліжка для дітей віком 0-17 років включно								2-23 до 2020 абс
	2020		2021		2022		2023		
	Абс	Показ	Абс	Показ	Абс	Показ	Абс	Показ	
Вінницька	10	0,35	10	0,36	10	0,36	10	0,36	-
Волинська	-	-	-	-	-	-	2	0,09	+2
Дніпропетровська	45	0,78	20	0,35	18	0,32	24	0,43	-21
Донецька	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	5	0,21	5	0,21	3	0,13	3	0,13	-2
Закарпатська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Запорізька	3	0,10	3	0,10	2	0,07	2	0,07	-1
Івано-Франківська	12	0,44	12	0,44	7	0,26	7	0,26	
Київська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кіровоградська	2	0,12	2	0,12	2	0,13	2	0,13	-
Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	10	0,21	10	0,21	13	0,27	13	0,27	+3
Миколаївська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Одеська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Полтавська	6	0,26	5	0,22	5	0,22	4	0,18	-2
Рівненська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сумська	3	0,18	3	0,18	3	0,19	3	0,19	-
Тернопільська	5	0,26	10	0,52	10	0,53	10	0,53	+5
Харківська	20	0,46	20	0,47	20	0,47	20	0,47	-
Херсонська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хмельницька	5	0,21	5	0,22	5	0,22	5	0,22	-
Черкаська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чернівецька	5	0,27	5	0,27	5	0,28	7	0,39	+2
Чернігівська	-	-	-	-	-	-	-	-	-
м. Київ	30	0,53	30	0,53	30	0,53	25	0,44	-5
Україна	161	0,21	140	0,19	133	0,18	137	0,19	-24

Показник на 10 тис. дитячого населення

Аналіз наведених в табл.3 даних вказує на те, що за період дослідження в цілому в системі охорони здоров'я України зареєстровано скорочення 24 госпітальних ліжок для надання спеціалізованої стоматологічної медичної дитячому населенню. Необхідно відмітити, що зазначені госпітальні ліжка відсутні в системі охорони здоров'я наступних адміністративних територій: Донецька, Закарпатська, Київська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Рівненська, Херсонська, Черкаська, Чернігівська області. Найбільше госпітальних ліжок для надання спеціалізованої стоматологічної медичної дитячому населенню скорочено в Дніпропетровській області (21) та м. Києві (5). При цьому найбільша кількість вказаних ліжок зареєстрована в Дніпропетровській (24) та Харківській (20) областях (21) та м. Києві (25).

В проведеному аналізі показники забезпеченості госпітальними стоматологічними ліжками не аналізувалися, а дані наведені в статистичних таблицях. Вважаємо їх недостатньо коректними так як не враховано міграційні процеси, які викликані бойовими діями війни проти російської військової агресії.

Таким чином за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про негативний вплив війни проти російської військової агресії на структуру стоматологічної служби системи охорони здоров'я МОЗ України.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Україна пододала кризовий поріг за кількістю ВПО: Верещук уточнила цифри. URL: <https://www.unian.ua/society/vereshchuk-utochnilaskilivpozareyestrovano-v-ukrajini-vberezni-12167304.html>
2. Скільки українських біженців перебуває в країнах Європи? URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2023/01/10/695807/>
3. Росіяни цілеспрямовано руйнують лікарні в Україні. URL: <https://socportal.info/ru/news/v-moz-nazvali-chislo-ubitykhvrachei-okkupantami/>.
3. Росіяни нищать лікарні та викрадають карети швидких. МОЗ про кількість зруйнованих медзакладів. URL: <https://vikna.tv/dlia-tebe/vijna-v-ukrayini/skilky-likaren-znyshhylygrosiyany-v-ukrayini/>
4. Наслідки війни з Російською Федерацією для охорони здоров'я України. Миронюк, І.С., Слабкий, Г.О., Щербінська, О.С., Білак-Лук'янчук, В.Й. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022, (8), С. 26–31
5. Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Козар Ю. Ю. Щодо впливу війни проти російської агресії на стан здоров'я населення та систему охорони здоров'я України. Вісник здоров'я 2023. Том 1. Випуск 1. С.38-46
6. Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Горват А. Вплив війни проти російської воєнної агресії на стан здоров'я населення України. Практика управління медичним закладом. 2024. №5 – С. 11-16
7. Слабкий Г. О., Горвард А. М. Експертне визначення впливу російської агресії на громадське здоров'я в Україні. The 9th International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world” (May 18-20, 2023) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2023. P. 102-105
8. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. Доступно на: https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennyaxronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=
9. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2023. №3 (73). С. 100-105
10. Пінчук І.Я., Табачников С.І., Чабан О.С. (2015) Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період. Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології МОЗ України, ДП Укр. НДІ медицини трансп. М-ва охорони здоров'я України. Одеса, Фенікс, 109с.

11. Цимбалюк В.І. (ред.) (2021) Охорона ментального здоров'я та медикопсихологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія. ВСВ «Медицина», 256с.
12. Bainbridge J., Carrizales T. (2017) Global homelessness in a post-recession world. *J. Public Manag. Soc. Policy*, 24: 6.
13. Roberts B., Fuhr D.C. (2019) Scaling up mental health interventions in conflict zones. *The Lancet Public Health*, 4(10): e489–e490
14. Kakaje A., Al Zohbi R., Hosam Aldeen O. et al. (2021) Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis. *BMC Psychiatry* 21: 2. doi.org/10.1186/s12888-020-03002-3.
15. Mahmood H.N., Ibrahim H., Goessmann K. et al. (2019) Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict Health*, 13(1): 1.
16. Khorram-Manesh A., Burkle F.M., Goniewicz K., Robinson Y. (2021) Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts — A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 9. doi.org/10.3389/fpubh.2021.765261
17. Morina N., Hoppen T. H., Priebe S. (2020) Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 179.

Подольський Вл. В.,
доктор медичних наук, головний науковий співробітник
ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»,
Стовбан І.В.,

кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та
громадського здоров'я Івано-Франківського Національного медичного
університету

Подольський В.В.,
доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки
України, керівник відділення «Проблем здоров'я жінок фертильного віку»
ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»

Медведовська Н.В.,
доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки
України, начальник науково-координаційного управління НАМН України

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, РЕЗУЛЬТАТИ ЇХ ВИВЧЕННЯ В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Формування сексуального та репродуктивного здоров'я, як напрям сучасних наукових досліджень, активно розвивається в більшості країн світу. Вивчення регіональних особливостей умов формування репродуктивного здоров'я населення відбувається в рамках реалізації сучасних міжнародних програм та стратегій. Серед них, в першу чергу слід згадати про Цілі розвитку тисячоліття до 2030 року, 5-й розділ яких присвячений досягненню доступності послуг репродуктивного здоров'я, медичній підтримці жінок під час вагітності та пологів. З визначеною періодичністю Фонд народонаселення ООН здійснює моніторинг індикаторів досягнення рівності в доступі до заходів сексуального та репродуктивного здоров'я, результати якого доводять наявність суттєвих регіональних особливостей в країнах світу.

Питання формування репродуктивного здоров'я все частіше нерозривно пов'язують із сексуальним здоров'ям. Численні наукові колективи працюють над з'ясуванням факторів та умов формування сексуального та репродуктивного здоров'я серед різних вікових категорій населення з урахуванням наявних гендерних особливостей. Більшість таких робіт стосується вивчення умов формування сексуального та репродуктивного здоров'я підлітків, які вже найближчим часом зможуть реалізовувати свій репродуктивний потенціал. Дотримання визначених для виконання Цілей сталого розвитку до 2030 року в першу чергу має на меті підтримку країн у формуванні здоров'я молоді та підлітків, зокрема їх репродуктивного здоров'я, як «основи соціального та продуктивного громадянства» в найближчому майбутньому [1, 2].

Соціально-економічні умови, доступність медичних та освітніх послуг для дітей та молоді, мають важливе значення для формування здоров'я підростаючих поколінь. Варто зазначити, що погіршення соціально-

економічних умов під впливом гуманітарних криз, епідемій, збройних конфліктів, доведено негативно позначаються на формуванні репродуктивного здоров'я населення. Так, за результатами реалізації проекту InterLACE за підтримки Австралійської національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень, було доведено, що освітня і релігійна складові та умови організації медичного забезпечення збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я мають визначальне значення. Було показано, що жінки з вищим рівнем освіти мають пізніший вік перших пологів, настання менопаузи, а також, в цілому, меншу кількість народжених дітей, в порівнянні із жінками з нижчим рівнем освіти [3]. В інших дослідженнях встановлено, що саме серед соціально незахищених та малозабезпечених верств населення частіше зустрічаються проблеми, які пов'язані із порушенням прав на збереження сексуального та репродуктивного здоров'я (сексуальне насильства, дитячі, ранні та примусові шлюби, торгівля людьми, калічення жіночих статевих органів) [4].

Умови формування сексуального та репродуктивного здоров'я змінюються під впливом екологічних факторів. Першими серед них слід згадати про групу факторів забруднення оточуючого середовища. Так, доведеним є негативний вплив на формування репродуктивного здоров'я патогенних концентрацій на робочому місці або в побуті токсичних речовин, пестицидів, хімічних речовин і металів, присутніх в навколишньому середовищі (в повітрі, воді, ґрунтах та продуктах харчування). Значне забруднення екології сприяє зростанню частоти безпліддя, доведено знижуючи статеву та репродуктивну функцію, як жінок, так і чоловіків [5, 6]. Погіршення екології має провокуючий негативний вплив із появою поліморбідності в дитячому віці та зростанням поширеності таких хвороб, як астма, алергія, трансмісивні захворювання, розлади ваги (низька вага при народженні, недоїдання, тощо). Наведені фактори впливають на здоров'я дитини під час її зростання, а особливо в підлітковому віці, що потенційно негативно відображається і на її репродуктивному потенціалі [7, 8].

Крім вищенаведених факторів, визначальним за силою впливу залишається фактор спадковості. Так, відомі генетичні захворювання або аномалії мають доведений негативний вплив на формування сексуального та репродуктивного здоров'я. Наприклад при Синдромі Клайнфельтера розлади сексуального та репродуктивного здоров'я пов'язані у чоловіків із відсутністю або низькою кількістю сперми [9, 10].

Окремим фактором ризику розладів сексуального та репродуктивного здоров'я є також і вік. Статева та репродуктивна функція знижується із віком. Встановлено, що батьківство у віці старше 40 років впливає на перебіг вагітності, ризик викидня і загальний стан здоров'я новонародженої дитини. У чоловіків після 40 років поступово знижуються якісні показники сперми (зростає питома вага сперматозоїдів з неправильною структурою, вони стають менш рухливими), що здатне впливати на зростання ризику народження дітей з хромосомними патологіями та іншими мутаціями [11, 12].

Підлітковий вік, як особливий вік, в якому відбувається перебудова організму, в тому числі пов'язана із формуванням сексуальних та репродуктивних функцій, залишається об'єктом для численних наукових досліджень в більшості країн світу. Значна частина таких досліджень присвячена вивченню факторів ризику втрати репродуктивного здоров'я, їх поширеності та сили впливу серед дівчат підліткового віку. Узагальнений досвід 44-х країн світу із впровадження різних регіональних програм з попередження розладів сексуального та репродуктивного здоров'я показали доцільність їх реалізації в першу чергу саме серед підлітків та молоді. Науковцями з різних країн доведено, що серед дівчат-підлітків найбільш поширеними факторами ризику порушення сексуального та репродуктивного здоров'я залишаються: вживання алкоголю та інших психоактивних, наркотичних речовин; ризикована сексуальна поведінка; сексуальне насильство; інфекції, що передаються статевим шляхом в т.ч. ВІЛ/СНІД; соціально економічні проблеми, втеча з дому; небажана рання вагітність; небезпечні аборти; небезпечне материнство, тощо. Доведено, що бідність та низький рівень освіти, пов'язані із раннім народженням дітей в підлітковому віці. Зростання раннього підліткового дітонародження відбувається особливо в країнах із низьким і середнім рівнем достатку. І ці тенденції можливо буде подолати, лише залучаючи багаторівневий системний вплив всіх верств суспільства, реалізуючи заходи індивідуального та популяційного рівнів [13]. Не дивлячись на те, що останніми роками у США вдавалося знижувати рівні підліткової вагітності, виявлені раніше негативні тенденції продовжують зберігатися в малозабезпечених сім'ях, що пов'язують із усвідомленням підлітками своїх складних соціальних перспектив (народження дитини заповнює емоційні та стосункові пустоти) [14].

На формування статевого і репродуктивного здоров'я мають доведений вплив спосіб життя та наявність шкідливих звичок [15, 16]. Так, надмірне вживання алкоголю у чоловіків з визначеною регулярністю доведено впливає на зниження рівня тестостерону, знижує якість і кількість сперматозоїдів, а формування неврологічних порушень, спричинених надмірними дозами алкоголю (алкогольний делірій) супроводжуються еректильною дисфункцією. Регулярне вживання великих доз алкоголю у жінок впливає на частоту вроджених вад та/або відставання в розвитку дітей, народжених від таких матерів. Куріння, як шкідлива звичка, негативно впливає на репродуктивну функцію, як жінок (зменшує шанси на зачаття, підвищує ризик викидня), так і чоловіків (токсини в сигаретах знижують якість сперматозоїдів із формуванням їх аномальних розмірів та форма, фрагментації ДНК) сперми [6, 17].

Спосіб життя, пов'язаний із гіподинамією, надмірно високою або надмірно низькою вагою тіла негативно впливає на репродуктивну функцію як у чоловіків, так і у жінок. Анорексія або булімія провокують розлади менструації з наступним розвитком вторинного безпліддя. Надмірна вага в поєднанні із гіподинамією та малорухливим способом життя із розвитком ожиріння ($IMT \geq 29$) у жінок сприяє розвитку хронічної ановуляції і

олігоменореї [18, 19]. Надмірна вага та малорухливий спосіб життя у чоловіків пов'язані з низьким рівнем тестостерону [20].

Порушення статеві та репродуктивної функції може виникати внаслідок травм та оперативних втручань, які внаслідок травматичного пошкодження (анатомічно) або за результатами лікування (включаючи хірургічне), призводять до змін в розміщенні та функціонуванні органів репродуктивної системи чоловіків та жінок. Аналогічно, порушення прохідності маткових труб у жінок, спричинене травмами або інфекційними процесами часто стає причиною безпліддя. Окремим фактором ризику формування сексуального та репродуктивного здоров'я є поширення уrogenітальних інфекцій (мікоплазмоз, уреapлазмоз, хламідіоз, цитомегаловірус, герпес та ін.), які маючи властиву для них безсимптомність персистенції, можуть не супроводжуватися клінічними проявами, мати тривалий перебіг, що ускладнює діагностику та лікування хронічного запалення уrogenітального тракту [21, 22].

Стан психічного здоров'я також може впливати на сексуальну та репродуктивну функцію, а його порушення стає фактором ризику розвитку розладів репродуктивного здоров'я. Надмірні стреси, сильна втома та тривога здатні викликати пригнічення овуляції у жінок, знижувати кількість сперматозоїдів у чоловіків та знижувати лібідо у людей обох статей. Є наукові публікації, які доводять, що чоловіча репродуктивна функція більш чутлива до дії зміни факторів оточуючого психологічного благополуччя, ніж жіноча. В наукових дослідження багато уваги приділяється проблемі чоловічої еректильної дисфункції, причиною якої можуть бути неврологічні, психологічні та гормональні розлади, а також хвороби серцево-судинної системи та необхідність прийому певних лікарських препаратів. Розподіл за класифікацією еректильної дисфункції демонструє переважання психогенної (близько 40,0 % випадків) та органічної (до 30,0 % випадків) її форм. Психоемоційні потрясіння, проблеми в сім'ї та погіршення стосунків з парі, проявами яких може ставати еректильна дисфункція, є відносно частою причиною звернень чоловіків за медичною (урологічною, андрологічною) допомогою [23].

Порушення статеві та репродуктивної функції часто супроводжує ендокринні та інші системні захворювання. Так, науковими дослідженнями доведено, що наявність діабету 2-го типу втричі підвищує ризик виникнення проблем із ерекцією. Наявні супутні захворювання, такі як артеріальна гіпертензія, хронічна хвороба нирок, неврологічна патологія (інсульт, епілепсія, розсіяний склероз, нейропатії, пошкодження спинного мозку) з розвитком ускладнень та гормональні порушення (гіпогонадизм, порушення роботи щитоподібної залози, або надлишок пролактину) сприяють розладам репродуктивного здоров'я.

Контент-аналіз, проведений членами Глобального кластеру охорони здоров'я та Міжвідомчої групи Інституту Джоанни Бріггс з репродуктивного здоров'я під впливом гуманітарних криз, воєнних дій, змін клімату, виявив прогрес у реалізації політик і програм в сфері сексуального та

репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів та новонароджених, дітей і підлітків [24, 25].

Збройні конфлікти та пов'язані з ними міграційні процеси негативно відображаються на формуванні репродуктивного здоров'я. Так, більша половина мігрантів є вразливими та визнають проблемним отримання комплексних послуг із сексуального, репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, новонароджених, дітей, підлітків [26]. Особливо молоді жінки та підлітки наражаються на проблеми, пов'язані із порушенням їх прав щодо сексуального та репродуктивного здоров'я. Дослідження, проведені за даними про більше ніж 70 тисяч мігрантів свідчать про зростання частоти підліткових вагітностей (16,0 – 23,0 %), недостатнє використання контрацептивів з причини відсутності їх доступності (8,0 – 32,0 %), наявність проблем гігієни менструального циклу (за відсутності води та браку гігієнічних засобів догляду) за умов низької обізнаності і стигми щодо ВІЛ та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом. Ситуація ускладнюється зростанням кількості ранніх примусових шлюбів, зростанням кількості дітей в них, поширенням сексуального та гендерного насильства [27]. Перспективи вирішення репродуктивних і демографічних проблем у XXI столітті значною мірою знаходяться поза контролем клініцистів, що обтяжено впливом епідемій і збройних конфліктів [28].

Таким чином, проблема формування сексуального та репродуктивного здоров'я, зокрема вивчення факторів ризику його порушення, зберігає свою актуальність. Наявність значної кількості факторів ризику, дія яких доведена численними попередніми науковими дослідженнями, на тлі загострення екологічних, соціально-економічних проблем, появи епідемій та збройних конфліктів, невід'ємною частиною яких стають потужні міграційні процеси виводять дослідження з проблем збереження репродуктивного здоров'я в розряд першочергових та пріоритетних. Їх реалізація потребує участі держави, недержавних, громадських організацій та об'єднань в ініціативах боротьби з проблемами сексуального та репродуктивного здоров'я, можливість залучення яких відрізняється в різних країнах світу. Наведене посилює актуальність продовження наукових досліджень з проблем формування репродуктивного здоров'я, з урахуванням досвіду різних країн світу у вивченні цього питання.

Список інформаційних джерел та літератури:

1. George A., Jacobs T., Ved R., Jacobs T., Rasanathan K., Zaidi SA. Adolescent health in the Sustainable Development Goal era: are we aligned for multisectoral action? *BMJ Glob Health*. 2021; 6(3):e004448. doi: 10.1136/bmjgh-2020-004448.
2. Kamal Elden NM, Khairy WA, Elsebaei EH. Knowledge of Reproductive Health and Perception of Violence Among Rural Schoolgirls in Egypt. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019; 32(4):368-376. doi: 10.1016/j.jpag.2019.01.004.
3. InterLACE Study Team. Variations in reproductive events across life: a pooled analysis of data from 505 147 women across 10 countries. *Hum Reprod*. 2019; 34(5):881-893. doi: 10.1093/humrep/dez015.

4. Zambrano E., Nathanielsz P.W. Relative contributions of maternal western-type high fat high sugar diets and maternal obesity to altered metabolic function in pregnancy. *J. Physiol.* 2017; 595(14): 4573–4. DOI: 10.1113/JP274392.
5. Abdullahzadeh M., Vanaki Z., Mohammadi E., Mohtashami J. Exploring men's struggles with infertility: A qualitative content analysis. *J Adv Nurs.* 2024; 80(5):2018-2026. doi: 10.1111/jan.15958.
6. Vašková J., Klepcová Z., Špaková I., Urdzík P., Štofilová J., Bertková I., Křoc M., Rabajdová M. The Importance of Natural Antioxidants in Female Reproduction. *Antioxidants (Basel).* 2023;12(4):907. doi: 10.3390/antiox12040907.
7. Anderko L., Chalupka S., Du M., Hauptman M. Climate changes reproductive and children's health: a review of risks, exposures, and impacts. *Pediatr Res.* 2020; 87(2):414-419. doi: 10.1038/s41390-019-0654-7.
8. Massae AF, Mgopa LR, Bonilla ZE, Mohammed I., Rosser BRS, Mushy SE, Ross MW, Mwakawanga DL, Mkonyi E., Lukumay GG, Wadley J., Mkoka DA, Trent M. Addressing sexual health concerns in Tanzania: perceived barriers among healthcare professionals and students in the "training for health professionals" study. *Cult Health Sex.* 2024; 26(9):1217-1231. doi: 10.1080/13691058.2024.2306227.
9. Kumar N., Singh A.K. Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. *J. Hum. Reprod. Sci.* 2015; 8:191–196. doi: 10.4103/0974-1208.170370.
10. Mengesha Z., Hawkey AJ, Baroudi M., Ussher JM, Perz J. Men of refugee and migrant backgrounds in Australia: a scoping review of sexual and reproductive health research. *Sex Health.* 2023; 20(1):20-34. doi: 10.1071/SH22073.
11. Greil-Soyka M., Quayle E., Bitzer J: European Sexual Medicine Network: a unique platform for collaboration. *Int J Impot Res.* 2021; 33(5):499–503. 10.1038/s41443-020-0299-4.
12. Myatt L., Maloyan A. Obesity and placental function. *Semin. Reprod. Med.* 2016; 34(1): 42–9. DOI: 10.1055/s-0035-1570027.
13. Fernandes CM, Conceição GMS, Silva ZPD, Nampo FK, Chiaravalloti Neto F. Socioeconomic factors increase the risk of teenage pregnancy: spatial and temporal analysis in a Brazilian municipality. *Rev Bras Epidemiol.* 2024; 27:e240040. doi: 10.1590/1980-549720240040.
14. O'Connell M., Gluskin B., Parker S., Burke PJ, Pluhar E., Guss CE, Shrier LA. Adapting a Counseling-Plus-mHealth Intervention for the Virtual Environment to Reduce Sexual and Reproductive Health Risk Among Young Women with Depression. *Prev Sci.* 2023; 24(Suppl 2):196-208. doi: 10.1007/s11121-023-01506-4.
15. Decker MJ, Atyam TV, Zárate CG, Bayer AM, Bautista C., Saphir M. Adolescents' perceived barriers to accessing sexual and reproductive health services in California: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1):1263. doi: 10.1186/s12913-021-07278-3.
16. Garzón-Orjuela N., Samacá-Samacá D., Moreno-Chaparro J., Ballesteros-Cabrera MDP, Eslava-Schmalbach J. Effectiveness of Sex Education Interventions in Adolescents: An Overview. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing.* 2020; 2:1–34.
17. Lee D., Moawad AR, Morielli T., Fernandez MC, O'Flaherty C. Peroxiredoxins prevent oxidative stress during human sperm capacitation. *Mol Hum Reprod.* 2017; 23(2):106-115. doi: 10.1093/molehr/gaw081.

18. Ingul C.B., Lorås L., Tegnander E., Eik-Nes S.H., Brantberg A. Maternal obesity affects fetal myocardial function as early as in the first trimester. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2016; 47(4): 433–42. DOI: 10.1002/uog.14841.
19. Villamor E., Tedroff K., Peterson M., Johansson S., Neovius M., Petersson G. et al. Association between maternal body mass index in early pregnancy and incidence of cerebral palsy. *JAMA.* 2017; 317(9): 925–36. DOI: 10.1001/jama.2017.0945.
20. Younus AM, Yamanaka T., Shimada M. The protective effects of antioxidants against endogenous and exogenous oxidative stress on bull sperm. *In Vitro Cell Dev Biol Anim.* 2024 Jul 30. doi: 10.1007/s11626-024-00944-w.
21. Fertility problems: assessment and treatment. NICE; 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156> (дата звернення — 15.07.2024).
22. Veiga ECA, Samama M., Ikeda F., Cavalcanti GS, Sartor A., Parames SF, Baracat EC, Ueno J., Junior JMS. Melatonin improves fertilization rate in assisted reproduction: Systematic review and meta-analysis. *Clinics (Sao Paulo).* 2024; 79:100397. doi: 10.1016/j.clinsp.2024.100397.
23. Obst KL, Oxlad M., Turnbull D., McPherson NO. "No One Asked Me If I'm Alright": A Mixed-Methods Study Exploring Information/Support Needs and Challenges Engaging Men Diagnosed With Male-Factor Infertility. *Am J Mens Health.* 2023; 17(6):15579883231209210. doi: 10.1177/15579883231209210.
24. Ivanova O., Rai M., Mlahagwa W., Tumuhairwe J., Bakuli A., Nyakato VN, et al. A cross-sectional mixed-methods study of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee adolescent girls in the Nakivale refugee settlement. *Reprod Health.* 2019; 16:35.
25. Shah MG, Dey T., Kostelecky SM, El Bizri M., Rodo M., Singh NS, Aboubaker S., Evers ES, Ashorn P., Langlois EV. Guidance on sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in humanitarian and fragile settings: a scoping review. *BMJ Glob Health.* 2024; 9(3):e013944. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013944.
26. Kwankye SO, Richter S., Okeke-Ihejirika P., Gomma H., Obegu P., Salami B. A review of the literature on sexual and reproductive health of African migrant and refugee children. *Reprod Health.* 2021; 18(1):81. doi: 10.1186/s12978-021-01138-3.
27. Soeiro RE, de Siqueira Guida JP, da-Costa-Santos J., Costa ML. Sexual and reproductive health (SRH) needs for forcibly displaced adolescent girls and young women (10-24 years old) in humanitarian settings: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health.* 2023; 20(1):174. doi: 10.1186/s12978-023-01715-8.
28. Radzinskiy VE, Khamoshina MB, Arkhipova MP, Lichak NV. Reproductive health of adolescents in Russia: statistics, problems and prospects of improvement. *Gynecol Endocrinol.* 2014; 30 Suppl 1:2-5. doi: 10.3109/09513590.2014.945759.

Прокопів М.М.,
доктор медичних наук, професор
Окунєва С-М. С.,
аспірант

Національний медичний університет ім. О. Богомольця

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА У ДОВОЄННИЙ ПЕРІОД ТА ПІД ЧАС ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ

Судинні захворювання головного мозку являються актуальною медико-соціальною проблемою, так як вони є ведучими в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності населення в більшості розвинених країн світу [1-4]. у США щорічно реєструється понад 800 тис. інсультів, а у країнах Європейського Союзу – 1,75 млн. [5]. За даними ВООЗ, церебральний інсульт щорічно у світі вражає близько 20 млн людей, з яких до 5 млн. захворілих помирає внаслідок мозкового інсульту [6]. З 15 млн., які виживають, біля третини пацієнтів стає інвалідами в наслідок мозкового інсульту і потребує сторонньої допомоги у повсякденному житті [7]. У світі кожні дві секунди в у однієї людини трапляється мозковий інсульт [8,9]. Поширеність мозкових інсультів збільшується в основному за рахунок країн, що розвиваються [10]. В Україні за рік реєструється близько 100 тис. мозкових інсультів, серед яких до 40 тис. закінчується летально, а показник смертності уражених перевищує відповідні показники розвинених країн Європи [11].

Нами досліджені показники захворюваності населення м. Києва на мозкові інсульти в динаміці 2009-2023 рр.: довоєнний період та перші 2 роки війни проти російської воєнної агресії.

Ретроспективний аналіз показника виявляв позитивну динаміку у 2009-2018 роках захворюваності населення м. Києва на мозкові інсульти. Так, у 2009 р. захворюваність склала 251,3 на 100 тис. В 2016р. показник захворюваності знизився та склав 218,8 з відхиленням показника у порівнянні до минулого року – 3,35. Надалі захворюваність поступово знижувалася і у 2018р. становила 143,9; тобто скоротилася у 1,7 рази ($p \leq 0,05$). Слід зазначити, що самий високий щорічний рівень скорочення показника захворюваності населення на мозкові інсульти зареєстровано за останні 2 передвоєнні роки (при цьому ми виключили з дослідження показники 2019-2021рр., під час яких в країні була зареєстрована пандемія COVID-19). Таке достовірне скорочення показника захворюваності дорослого населення м. Києва на мозкові інсульти (МІ) можна пояснити значним посиленням профілактичної роботи серед населення у місті. При цьому вказаний показник у столиці був майже вдвічі нижчим, ніж середнє його значення по Україні.

У перший рік війни захворюваність на МІ у місті була найнижчою за всі роки спостереження і склала 82,1 на 100 тис. дорослого населення. Разом з тим, у другий рік вказаний показник зріс на 22,4% і склав 100,5 на 100 тис населення Рис. 1.

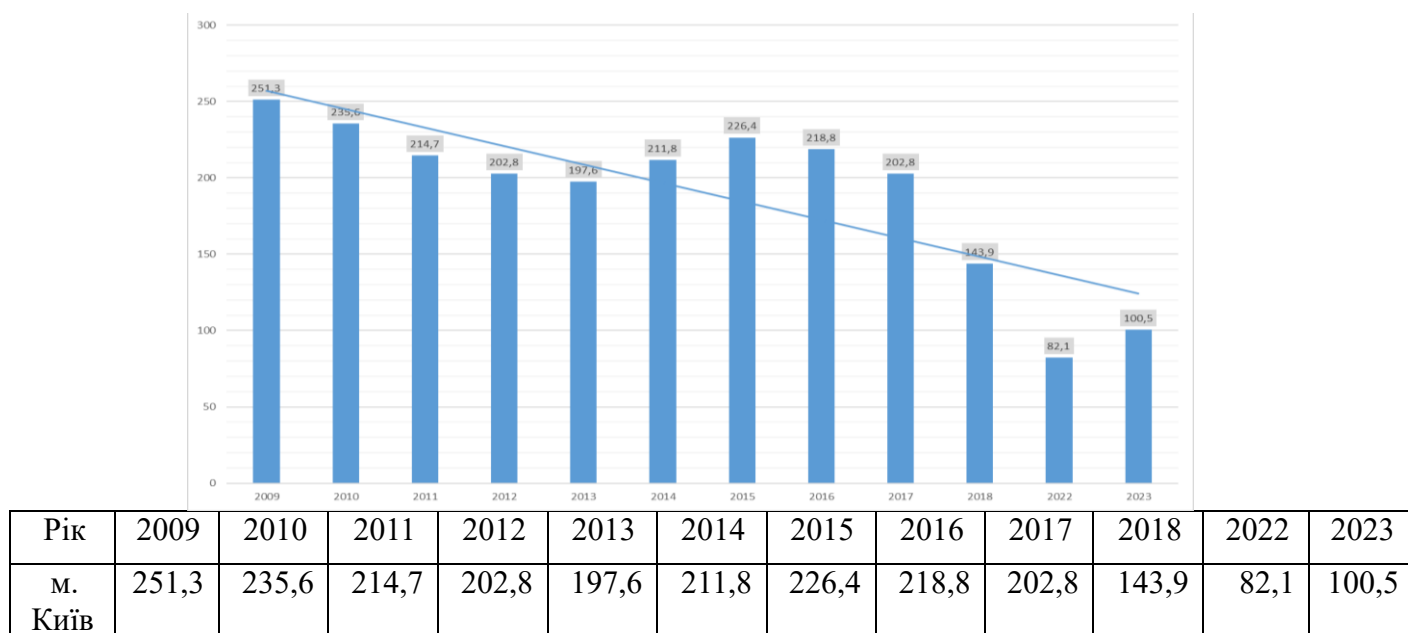


Рис. 1. Динаміка показників захворюваності на мозкові інсульти дорослого населення в м. Києві, 2009-2023 роки

Якщо спів-ставити показник захворюваності на МІ з кількістю пролікованих первинних МІ у місті, то слід зазначити що їх кількість з 2012р. до 2015р поступово зростала. У той рік було зареєстровано 5264 випадки - найбільшу кількість за роки спостереження. В наступні роки відмічалася тенденція до їх зниження: у 2018р. було зареєстровано 3373 нових випадки, у 2019 – 2613, у 2020р. - 2246 та у перший рік війни - 1962. Разом з тим, у другий рік війни кількість випадків первинних МІ збільшилася і склала 2452 випадки Рис.2.

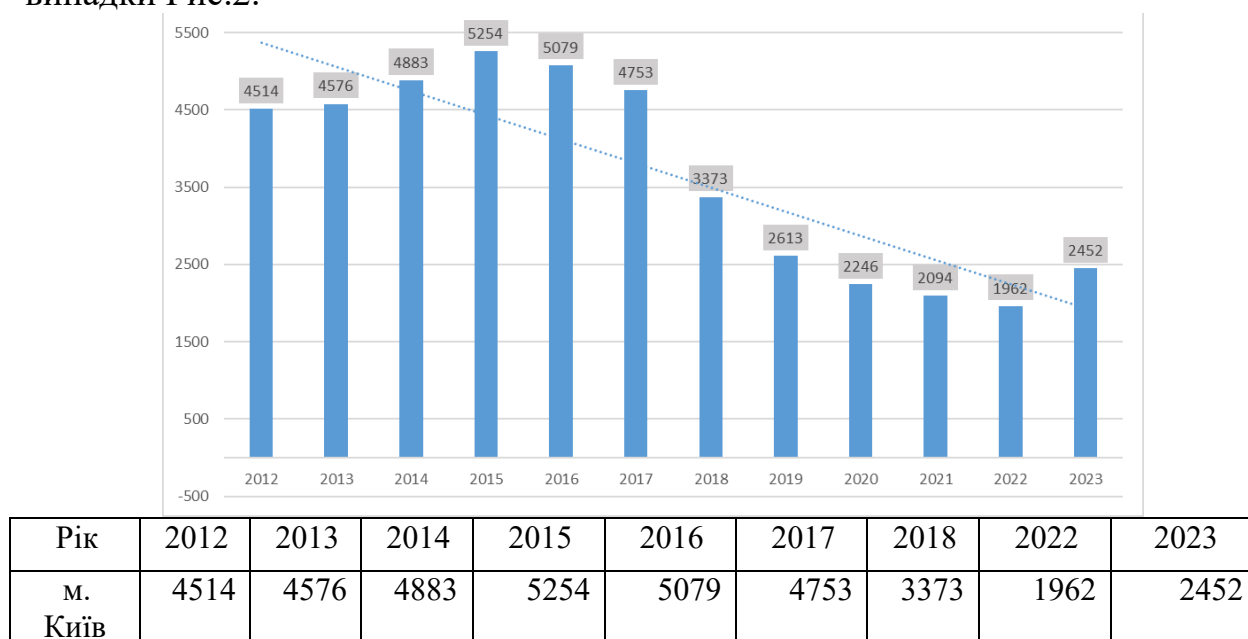


Рис. 2. Динаміка кількості зареєстрованих первинних мозкових інсультів дорослого населення в м. Києві за 2012-2023 роки

Таким чином, аналіз епідеміологічних показників щодо захворюваності дорослого населення на МІ у м. Києві за період 2009-2023 рр. показав позитивну динаміку у довоєнний період по зменшенню у 1,3 рази ($p<0,05$) у 2018 р. порівняно до 2009 року при t критерії достовірності 26,89. На початку воєнних подій (дані за 2022 р.) показник іще знизився до 389,12 але у 2023 р. дещо зріс (дані за 2023 р.) та склав 403,4 в розрахунку на 100 тис. населення.

Список використаних джерел літератури

1. Global health estimates: deaths by cause, age, sex and country, 2000–2012. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Kim A.S., Johnson S.C. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation*. 2011. V.124(3). P.314-323
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.
4. Vynychuk SM, Fartushna OYe. Cerebrospinal and commissural diaschisis in acute stroke patients: case analysis. *International Neurological Journal*. 2018. V.5(99). P.20-25.
5. Wolfe C.D.A. The impact of stroke. *Br. Med. Bull.* 2000. V.56(2). P.275-286.
6. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet. 26.02.2019. Available from:
7. Bogouslavsky J., Auri J., Kimura J. Stroke and neurology: a plea from the WFN. *Lancet*. 2003. N.2. P.212-213.
8. Fartushna OYe, Vynychuk SM. Tranzytorni ishemichni ataky [Transient Ischemic Attacks]. Kyiv: PH «Avitsena»; 2014. 216 p.
9. Fartushna OYe, Vynychuk SM. Brain injury in patients with acute TIA: clinical features in different TIA subtypes. *International Neurological Journal*. 2017. N.3(89). P.13-18.
10. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017. N.390(10100). P.1151-1210.
11. Fartushna OYe, Vynychuk SM. Epidemiology of transient ischemic attacks in the structure of acute cerebrovascular disorders in Ukraine and in other countries. *International Neurological Journal*. 2017. N.5 (91). P.105-111.

Рогожин Борис Анатолійович,
кандидат медичних наук, доцент
доцент кафедри соціальної медицини, управління та
організації охорони здоров'я,
Сердюк Олександр Іванович,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри соціальної медицини, управління та
організації охорони здоров'я,
Просоленко Наталія Василівна,
кандидат медичних наук,
доцент кафедри соціальної медицини, управління та
організації охорони здоров'я,
Харківський національний медичний університет, м. Харків

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІНАНСОВОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Реформування національної системи охорони здоров'я внесло радикальні зміни у її фінансову модель. Відтепер гроші «ходять» за пацієнтом, заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) які є власністю місцевих та обласних громад змінили організаційно-правову форму установи на некомерційне комунальне підприємство (КНП). Що створило умови для можливості укладення договорів із новоствореним органом центральної виконавчої влади Національною службою здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції централізованого закупівельника медичних послуг населенню відповідно Програми медичних гарантій (ПМГ). [1,2]

При цьому, передбачалось що регулювання фінансових відносин між централізованим платником – НСЗУ та КНП буде здійснюватись відповідно до норм господарського законодавства України, на відміну від бюджетних ЗОЗ, які мають дотримуватись норм бюджетного законодавства. [3]

Також були думки, що набутий статус автономності надасть можливість КНП формувати економічний результат своєї діяльності та набути право розпоряджатися отриманим доходом самостійно. При цьому джерелом фінансових ресурсів щодо відшкодування вартості медичних послуг передбачали саме державу. Що і було реалізовано у створенні НСЗУ саме як розпорядника коштів державного бюджету. [4].

Крім того, очікуваним наслідком реформи фінансової моделі охорони здоров'я України вбачали сталість відносин між платником та провайдером: між НСЗУ та КНП [5]. Проте, при цьому були мовчазно проігноровані загальні норми Бюджетного кодексу України щодо використання коштів державного бюджету які стали надходити від НСЗУ до рахунків КНП.

Про цю неузгодженість між чинними нормами, які регулюють діяльність КНП свідчать заяви медичній спільноті щодо можливості виникнення кризової ситуації зі станом фінансування КНП та їх здатності

повноцінно виконувати свої функції, за умов реалізації запропонованих норм Проекту Закону про Державний бюджет України на 2025 рік (далі Проект ДБ) [6].

Документальним підтвердженням чого є реєстрація 23 вересня 2024 року на Порталі Верховної Ради України петиції «Про неприпустимість запропонованих в Проекті бюджету на 2025 р., заходів щодо запровадження механізмів забезпечення цільового та ефективного використання коштів за програмою медичних гарантій шляхом перерахування залишків грошових коштів, які утворилися за рахунок оплати медичних послуг за програмою медичних гарантій, з рахунків відкритих в установах банків, на небюджетні рахунки надавачів медичних послуг, відкриті в органах Державної казначейської служби». [7]

В свою чергу, Міністерство фінансів України 30 вересня 2024 р. надало роз'яснення «Переведення оплат за медгарантіями до Казначейства не вплине на автономність закладів охорони здоров'я» [8].

Михайло Радущий голова Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування 2 жовтня 2024 р. на своїй сторінці Фейсбуку, розмістив повідомлення [9]. В якому вказав що: «Комітет рекомендував Мінфіну та Комітету з питань бюджету виключити норму щодо переводу медичних закладів на небюджетні рахунки казначейства з проекту держбюджету. Останніми днями наш Комітет отримав численні звернення від медичної спільноти проти цієї норми. Члени Комітету вирішили підтримати наших медиків та ухвалили відповідне рішення». Та додав його повний текст.

Міністерство фінансів України 8 жовтня 2024 року ще раз надає роз'яснення щодо особливостей здійснення платежів надавачами медичних послуг з небюджетних рахунків Казначейства. Висновок та запевнення із цього листа прокоментував заступник Міністра фінансів Роман Єрмоличев: «Здійснення оплат за програмою медичних гарантій на небюджетні рахунки лікарень буде застосовано лише на період воєнного стану.» [10].

Вказані заяви та неузгодженість між позиціями медичної спільноти, депутатами та позицією Міністерства фінансів України, наголошені ризики щодо функціонування системи охорони здоров'я обумовили актуальність теми дослідження.

Метою дослідження було визначення підґрунтя заяв щодо виникнення кризового стану у діяльності КНП за умов реалізації запропонованої у Проекті ДБ 2025 р. передачі обслуговування рахунків КНП до Державного Казначейства України, та заходів з удосконалення фінансової моделі системи охорони здоров'я.

Об'єкт ом дослідження була фінансова модель системи охорони здоров'я України із централізованим платником - НСЗУ за надані послуги, які надають КНП відповідно Програми медичних гарантій.

Матеріалами дослідження були документи що супроводжували обговорення Проекту ДБ 2025 р. та нормативні акти, які регулюють відносини

між суб'єктами фінансової моделі системи охорони здоров'я України, наведені у списку літератури [1,2, 6-12].

Методами дослідження були системний підхід та системний аналіз, порівняльний аналіз та метод спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження текстової частини Проекту Закону про Державний бюджет України на 2025 р. (46 статей, 28 пунктів Прикінцевих положень) доводить, що до безпосереднього ведення профільного Комітету входять два пункти саме Прикінцевих положень: п. 3, абзац 8 та п. 26.

Першою є норма (п. 3, абзац 8) яка стала традиційною з 2019 року: «Зупинити на 2025 рік дію: абзацу першого частини п'ятої статті 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Відомості Верховної Ради України, 2018 р., № 5, ст. 31; із змінами, внесеними Законом України від 1 липня 2022 року № 2347-IX) в частині затвердження Верховною Радою України програми медичних гарантій у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік;».

Тобто, дія норми Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», відповідно якої «Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік. Порядок реалізації програми медичних гарантій встановлюється Кабінетом Міністрів України. Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету» призупинена.

Другий пункт – нова норма редакції Проекту ДБ: «п. 26. Кабінету Міністрів України вжити заходів щодо запровадження дієвих механізмів забезпечення цільового та ефективного використання коштів за Програмою медичних гарантій (ПМГ) шляхом:

здійснення з 1 березня 2025 року оплати послуг за договорами про медичне обслуговування населення, укладеними надавачами медичних послуг (НМП) державної та комунальної форми власності з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), та перерахування залишків грошових коштів таких надавачів, які утворились за рахунок оплати за надані МП за ПМГ, з рахунків надавачів МП, відкритих в установах банків, на небюджетні рахунки надавачів МП, відкриті в органах Державної казначейської служби України (ДКСУ);

проведення до 1 квітня 2025 року аналізу інформації про накопичені залишки коштів на рахунках НМП та визначення механізмів подальшого використання зазначених залишків бюджетних коштів з метою забезпечення доступності послуги для пацієнта.»

Саме це нововведення викликало реакцію певної частини медичної спільноти, яка знайшла своє віддзеркалення у тексті електронної петиції, яка

у своєму підґрунті містить сприйняття працівниками та керівниками медичних Комунальних неприбуткових підприємств (КНП) запропонованих змін та можливих ризиків для діяльності системи охорони здоров'я в разі їх реалізації.

Дослідження цього звернення, дозволяє виділити у ньому змістовні положення, які є на наш погляд важливими.

По перше це оцінка наслідків впровадження нової норми Проекту ДБ України на 2025 р. щодо переведення рахунків суб'єктів господарювання які надають медичні послуги, у Державне казначейство з банківських установ: «ставить під загрозу реалізацію реформи системи охорони здоров'я України та відбере автономність надавачів медичних послуг і можливість вільно, відповідно до потреб закладу, розпоряджатися заробленими коштами».

По друге: підкреслено, що істотною перевагою реформи охорони здоров'я «став перехід на роботу з банківськими установами, що позитивно вплинуло на швидкість проведення розрахунків з постачальниками та підрядниками, зменшило ризики виникнення заборгованості із виплати заробітної плати». При цьому вказано на те, що «Робота з Державною казначейською службою створює постійні бюрократичні перешкоди з суттєвим збільшенням часу на проведення будь-яких фінансових операцій та необґрунтованими вимогами надавати пояснення щодо кожної виплати.» В якості загрози визначена Постанова Кабінету Міністрів України від 09.06.2021р. №590 «Про затвердження Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану», яка за думкою авторів Петиції «паралізує діяльність установ, унеможливорює вчасні закупівлі, відлякує постачальників товарів, робіт та послуг. Такі процеси є суттєвим втручанням у процес управління медичними підприємствами, які ведуть до втрати спроможності керівництва швидко приймати рішення та розвивати медичні заклади».

По третє: надана спроба правової оцінки норми Проекту ДБ: «Ініціатива Міністерства фінансів є незаконною, оскільки відповідно до чинного Господарського Кодексу України та Інструкції про порядок відкриття та закриття рахунків користувачам надавачами платіжних послуг з обслуговування рахунків, затвердженої Постановою правління Національного Банку України від 29.07.2022 року №162 у редакції від 24 листопада 2023 №151, підприємства мають право відкривати рахунки в будь-яких банках України відповідно до власного вибору. Це незаконне втручання у діяльність медичної установи та порушення права на автономне господарювання».

Підсумковою тезою петиції стало звернення до Верховної Ради України: «Прохання, не допустити реалізацію запропонованих змін, які спричинять негативні наслідки у сфері охорони здоров'я та знівелюють позитивні здобутки реформи».

Стосовно змісту Петиції можна припустити що керівники КНП посилаються на свій власний досвід співпраці з Казначейством за часів бюджетного статусу ЗОЗ. Безумовно, накопичення коштів на депозитних

рахунках КНП комерційних банків сприяє фінансовій свободі керівників та створює певне додаткове джерело надходжень коштів.

Крім того, бюджетні кошти від місцевих бюджетів – кошти власників, у більшості регіонів України КНП отримують саме через Державне Казначейство і можливо при цьому виникають якісь проблеми. Проте те, що вони мають системний та масовий характер, сигналів від медичного співтовариства щонайменше у минулі з початку реформи роки не було.

Міністерство фінансів України у своїй заяві від 30 вересня 2024 р., надало роз'яснення: «Переведення оплат за медгарантіями до Казначейства не вплине на автономність закладів охорони здоров'я». Воно розпочинається саме із категоричного висновку: «Переведення рахунків надавачів медичних послуг на обслуговування в органи Казначейства не змінить курсу медичної реформи та не вплине на автономність закладів у розпорядженні своїми коштами. Держава не буде впливати на витрачання коштів надавачів медичних послуг.»

Далі йде пояснення: «Слід врахувати, що розвиток надавачів медичних послуг залежить не від місця зберігання їх коштів (в банках чи Казначействі), а виключно від управлінських рішень їх керівників і власників, наявності середньострокового плану розвитку закладу, який має включати, зокрема, заходи підвищення якості надання медичних послуг, доступності та безоплатності цих послуг для пацієнта».

Тобто Міністерство звертає увагу керівників КНП та органів управління ними на конкретні вимоги, що можуть стати критичними для їх сталого розвитку. Цією умовою є наявність «середньострокового плану розвитку закладу, який має включати, зокрема, заходи підвищення якості надання медичних послуг, доступності та безоплатності цих послуг для пацієнта».

Далі Міністерство фінансів наводить аргумент державного значення: «Наразі кошти за програмою медичних гарантій НСЗУ спрямовує з казначейського рахунку на банківські рахунки лікарень. Тобто кошти перераховуються з єдиного державного казначейського рахунку та зберігаються на рахунках у банківських установах. Обсяг таких коштів щомісяця становить понад 22 млрд. гривень.

В умовах війни та критичності підтримки ліквідності єдиного державного казначейського рахунку зберігання коштів, отриманих за програмою медичних гарантій, на банківських рахунках не сприяє фінансовій стійкості держави».

Мінфін далі пояснює, що: «згідно із запропонованими змінами кошти за програмою медичних гарантій будуть перераховуватись надавачам медичних послуг на небюджетні рахунки в органах Казначейства. Оскільки рахунки небюджетні, то це не ускладнить для закладів процесу їх використання.»

Підкреслено окремо: «Небюджетні рахунки Казначейства обслуговуються у спрощеному режимі аналогічно рахункам у банківських установ. Для здійснення платежів з небюджетного рахунку в Казначействі надавачу потрібно буде відправити лише платіжне доручення, як і зараз вони роблять це через банківську систему».

Тобто, це є відповідь на одну з надважливих вимог, яка наведена у цитованій вище, Петиції до Верховної Ради України: «Робота з Державною казначейською службою створює постійні бюрократичні перешкоди з суттєвим збільшенням часу на проведення будь-яких фінансових операцій та необґрунтованими вимогами надавати пояснення щодо кожної виплати. Постанова Кабінету Міністрів України від 09.06.2021р. №590 «Про затвердження Порядку виконання повноважень Державною казначейською службою в особливому режимі в умовах воєнного стану» паралізує діяльність установ, унеможлиблює вчасні закупівлі, відлякує постачальників товарів, робіт та послуг. Такі процеси є суттєвим втручанням у процес управління медичними підприємствами, які ведуть до втрати спроможності керівництва швидко приймати рішення та розвивати медичні заклади.»

Більш того, у подальшому Мінфіном надані завіряння що: «...розуміючи стурбованість надавачів медичних послуг щодо можливості затримки проведення їх платежів, буде вжито заходів з оперативного проведення Казначейством платежів. Ці кошти надавачів залишаються їх особистими коштами, і надавачі будуть їх використовувати на потреби закладу охорони здоров'я.»

Керівництво Мінфіну окремо наголошує: «...рахунки будуть небюджетні і не буде потреби збирати увесь комплект документів, як для бюджетних платежів.»

Роз'яснення Мінфіну завершується переконливим висновком про те, що «надавачі медичних послуг самостійно розпоряджатимуться коштами, отриманими у процесі їх господарської діяльності, з небюджетних рахунків у Казначействі і таким платежам буде надано найвищий рівень пріоритетності.

Платежі з небюджетних рахунків медичних закладів здійснюватимуться позачергово».

Дослідження повідомлення на сторінці Фейбуку «Михайло Радущкий» доводить, що голова профільного для медицини Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги однозначно висловився за скасування нової норми, яку назвав «найбільш дискусійною для медичної галузі проекту бюджету на 2025 рік». При цьому було надано посилення на суспільну думку: «Ми підтримуємо українську медичну спільноту, переважна більшість якої виступає проти переходу на казначейські рахунки, та пропонуємо виключити цю норму з документа». Тобто Голова Комітету визнав резонансне значення питання яке викликало позачергове засідання Комітету.

Голова Комітету також підтверджує вказані нами раніше припущення щодо фінансової мотивації у керівників КНП до збереження існуючого стану: «Міністерство фінансів наполягає на пункті 26 в Прикінцеві положення документа тому, що деякі керівники медичних закладів накопичили на банківських рахунках десятки мільйонів гривень, не використовують їх, а отримують відсотки з грошей. Станом на початок 2024 року загальна сума таких залишків складала близько 15 млрд грн. Мінфін пропонує, щоб ці кошти знаходилися не на банківських рахунках, а в казначействі. Відповідно

не приватна фінансова установа, а держава зможе користуватися цими грошима.»

Далі подана пропозиція «балансування інтересів»: «З одного боку, пріоритет держави – фінансування ЗСУ. Ми не можемо допустити затримку виплат нашим військовим чи закупівлі озброєння.

З іншого – медичні заклади мають залишатися автономними, як це передбачає медична реформа, витратити кошти на власні потреби, формувати резервний фонд на випадок непередбачуваних ситуацій. Якщо дійсно генеральний директор неефективно управляє медичним закладом та не вкладає кошти в розвиток лікарні, то необхідно шукати засіб впливу на такого керівника». Підкреслено резонансний характер питання: «Останніми днями наш Комітет отримав численні звернення від медичної спільноти проти цієї норми».

Також доданий повний текст рішення Комітету:

1. Пункт 26 Прикінцевих положень проєкту Закону України «Про Державний бюджет України на 2025 рік» виключити;

2. Прикінцеві положення проєкту Закону України «Про Державний бюджет України на 2025 рік» доповнити новими пунктами 29 і 30 такого змісту:

«29. Кабінету Міністрів України вжити заходів щодо запровадження дієвих механізмів забезпечення цільового та ефективного використання коштів за програмою медичних гарантій шляхом:

- проведення до 1 квітня 2025 року аналізу інформації про накопичені залишки коштів на рахунках надавачів медичних послуг та визначення механізмів подальшого використання зазначених залишків коштів, отриманих за надання послуг відповідно до договорів з НСЗУ, з метою забезпечення доступності послуги для пацієнта;

- забезпечення розробки та внесення змін до нормативно-правових актів щодо зобов'язання надавачів медичних послуг державної та комунальної форми власності протягом 2025 року розміщувати на спеціально створених для цього небюджетних рахунках в органах Державної казначейської служби залишки грошових коштів, отриманих за надання послуг відповідно до договорів з НСЗУ, які накопичуються на рахунках надавачів понад еквівалент двомісячних сум витрат на оплату праці з нарахуваннями.

30. Мінфіну та Казначейству реалізувати технічні рішення щодо забезпечення ефективного управління небюджетними рахунками надавачів медичних послуг державної та комунальної власності».

Напри кінець було підкреслено: «ще раз простими словами: виконання наших рекомендацій передбачає, що для переважної більшості медичних закладів нічого не зміниться. Вони будуть, як і раніше, розміщувати кошти на банківських рахунках та ними користуватися. Ті лікарні, які неефективно використовують залишки на рахунках, перейдуть на небюджетні казначейські рахунки. Але – важливо, що це не звичайні казначейські рахунки, а небюджетні казначейські рахунки. Користуватися ними керівники закладів зможуть вільно та без обмежень.

Ми направили рішення нашого Комітету до колег з Комітету з питань бюджету. Тепер будемо на його засіданні відстоювати наші рекомендації.»

Міністерство фінансів України ще раз, 8 жовтня 2024 року надає роз'яснення щодо особливостей здійснення платежів надавачами медичних послуг з небюджетних рахунків Казначейства: «Здійснення оплат за програмою медичних гарантій на небюджетні рахунки лікарень буде застосовано лише на період воєнного стану.» Висновок та запевнення цього листа прокоментував заступник Міністра фінансів Роман Єрмоличев: «Наголошуємо, надавачі медичних послуг будуть і надалі самостійно розпоряджатись своїми коштами. Всі платежі надавачів медичних послуг буде здійснено позачергово. Тобто таким платежам буде надано найвищий рівень пріоритетності» [10].

Таким чином, дослідження документів які були наведені вище, дозволяє визначити, що вказані у п.26 Прикінцевих положень Проекту ДБ пропозиції ґрунтуються на тому, що бюджетні кошти мають бути у Казначействі, чого вимагають норми Бюджетного Кодексу України. Головний розпорядник коштів державного бюджету – НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, головна функція якого: оплата за надані послуги, які має отримувати населення від КНП. Тобто здійснення цільового фінансування державної ПМГ.

Прийнята нова модель фінансування поєднала раніше не поєднані предмети: державний і комунальні бюджети. Проте, здійснила це напряму, без відповідного порядку та процедури перерахування субвенцій державного бюджету та їх подальшого розподілу органами місцевого самоврядування.

Тобто державні бюджетні кошти напряму йдуть до КНП, тоді як місцева влада до них недотична. При цьому місцева влада, як власник, має забезпечувати існування КНП: забезпечити комунальні та поточні видатки, та також капітальні вкладення та розвиток матеріальної бази КНП власними бюджетними коштами.

Це слідує із Положення про НСЗУ: «п. 3. Основними завданнями НСЗУ є: пп. «2) виконання функцій замовника медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій та за бюджетними програмами, розпорядником яких є НСЗУ» [11].

Вказане дозволяє зробити висновок щодо наявності цільового використання коштів державного бюджету ПМГ, які НСЗУ спрямовує КНП за надані послуги у відповідності із контрактами. Є достатньо чіткий перелік позицій: медичні послуги – дія, лікарські засоби та медичні вироби для їх забезпечення. Тобто, НСЗУ кошти державного бюджету сплачує за здійснення дії: роботу персоналу – заробітна плата, та за витратні матеріали: медикаменти і медичні засоби. Все інше – кошти власника – місцевих громад у особі органів місцевого самоврядування.

Проте, не все так сталося як бажалося. Місцева влада за цей час навчилася або заохочувати або примушувати керівників КНП витрачати кошти отримані від НСЗУ на інші потреби, або не помічати цього. Тобто кошти державного бюджету змінили своє призначення.

Далі більше. Бюджетні кошти стали спрямовувати до розміщення на депозитних рахунках комерційних (державних і недержавних) банків. Керівники КНП навчилися це робити, як і укласти контракти із НСЗУ.

Необхідно до цього вказати, що у вже згаданому Положенні про Національну службу здоров'я України у п.4. «НСЗУ відповідно до покладених на неї завдань: пп. 5 ще й: «здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій...» (що передбачено у Типовій формі договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [12].

Тобто, для такого розміщення коштів державного бюджету керівники КНП мали в індивідуальному порядку отримати відповідний дозвіл або погодження від НСЗУ. Із чого слідує що такі погодження надають у масовому порядку. Відповідно, можна зробити висновок щодо відсутності визначених, на рівні щонайменше КМ України, «...вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій», немає самого «порядку використання коштів програми медичних гарантій» окрім... вже вказаного п.3 Положення про НСЗУ.

При цьому є норми Бюджетного Кодексу України згідно яких бюджетні кошти, навіть сплачені через відділення комерційних банків, не втрачають ознак свого походження і залишаються бюджетними. Відповідно, до них у повній мірі дотичні вимоги бюджетного законодавства. Їх, зокрема, представляє низка положень щодо програмно-цільового фінансування та виконання і здійснення контролю за виконанням бюджетних програм [13, 14]. Що, на нашу думку, стало підґрунтям для пропозицій Міністерства фінансів України і особливо наявність залишків на депозитних рахунках КНП станом на кінець 2023 р. у розмірі 15 млрд. грн. коштів цільового фінансування з державного бюджету України.

Вказане корелює із п. 27 Прикінцевих положень Проекту ДБ: «Установити, що у разі прийняття КМУ відповідно до цього Закону рішень, які передбачають відкриття нових бюджетних програм, КМ України (у разі потреби) затверджує порядок використання коштів державного бюджету. Тобто до Програми має бути доданий зрозумілий однозначно Порядок. От п.26 його й визначив щодо ПМГ на 2025 рік відповідно думки спеціалістів Мінфіну, які виходили із норм чинного законодавства.

Лист профільного Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, однозначно вимагає «виключити норму щодо переводу медичних закладів на небюджетні рахунки казначейства з проєкту держбюджету». При цьому, оцінка фактичних показників стану бюджетного фінансування за ПМГ, які викликали занепокоєння у Міністерства фінансів, містять певне протиріччя: «деякі керівники медичних закладів накопичили на банківських рахунках десятки

мільйонів гривень, не використовують їх, а отримують відсотки з грошей». Формулювання має сумнівну однозначність: якщо це поодинокі випадки «деяких керівників», то чому раптом та «медична спільнота» повстала?

Ще є зауваження: наведена ціна питання: «Станом на початок 2024 року загальна сума таких залишків складала близько 15 млрд. грн.». То чому не надані цифри «станом на 1.07.2024» - це ж звітний період! Чи є динаміка, чи це стала цифра? Виявлена тенденція безумовно спроможна вплинути на остаточне рішення, яке приймати потрібно в інтересах України.

Наведено аргумент Мінфіну: кошти повинні «...знаходилися не на банківських рахунках, а в казначействі. Відповідно не приватна фінансова установа, а держава зможе користуватися цими грошима». На нашу думку він був прийнятий до уваги головою Комітету: «На мою думку, під час війни в усіх наших рішеннях має бути баланс. З одного боку, пріоритет держави – фінансування ЗСУ. Ми не можемо допустити затримку виплат нашим військовим чи закупівлі озброєння. З іншого – медичні заклади мають залишатися автономними, як це передбачає медична реформа, витратити кошти на власні потреби, формувати резервний фонд на випадок непередбачуваних ситуацій.». До цього виникають запитання: Хто буде заважати особисто і що буде заважати ще?

Порядок та процедури користування казначейськими рахунками відомі. Якщо вони такі як про них говорять у Петиції, то може необхідно щось змінювати? Тому що Казначейство обслуговує бюджетні кошти від місцевого самоврядування які надходять до КНП. Що, там теж все так погано? Крім того, бюджетні кошти йдуть не тільки у відповідності з ПМГ: вони забезпечують життєдіяльність країни в цілому, тому такий аргумент має певні сумніви щодо його обґрунтування.

Про це ж свідчить і застереження на адресу керівників КНП: «Якщо дійсно генеральний директор неефективно управляє медичним закладом та не вкладає кошти в розвиток лікарні, то необхідно шукати засіб впливу на такого керівника». Що не відповідає чинними вимогам до функціонування КНП: «Вкладати в розвиток лікарні» - це функція власника. Саме про це свідчить буква документу відповідно якого створені КНП: Завдання керівника обґрунтувати для місцевих депутатів необхідність інвестицій у КНП та раціонально, відповідно нормам законодавства, використовувати виділені бюджетні кошти.

Слід вказати, що текст рішення Комітету, крім виключення п.26 Прикінцевих положень Проекту ДБ, містить пропозиції щодо двох нових пунктів до цього розділу:

«29. Кабінету Міністрів України вжити заходів щодо запровадження дієвих механізмів забезпечення цільового та ефективного використання коштів за програмою медичних гарантій шляхом:

- проведення до 1 квітня 2025 року аналізу інформації про накопичені залишки коштів на рахунках надавачів медичних послуг та визначення механізмів подальшого використання зазначених залишків коштів, отриманих за надання послуг відповідно до договорів з НСЗУ, з метою забезпечення доступності послуги для пацієнта;

- забезпечення розробки та внесення змін до нормативно-правових актів щодо зобов'язання надавачів медичних послуг державної та комунальної форми власності протягом 2025 року розмішувати на спеціально створених для цього небюджетних рахунках в органах Державної казначейської служби залишки грошових коштів, отриманих за надання послуг відповідно до договорів з НСЗУ, які накопичуються на рахунках надавачів понад еквівалент двомісячних сум витрат на оплату праці з нарахуваннями.

Пропозиція: «проведення до 1 квітня 2025 року аналізу інформації про накопичені залишки коштів на рахунках надавачів медичних послуг» - викликає зауваження: чому такий аналіз не зроблено за період січень 2021 – липень 2024 рр.? Чому немає трьох показників за 2022, 2023 та перше півріччя 2024 року? При цьому, аналіз використання коштів призначених на виконання ПМГ – є постійною функцією профільного Комітету. Тому окреме завдання з цього не має великого змістовного значення.

Суттєвим є запропонований компроміс: КНП мають «розмішувати на спеціально створених для цього небюджетних рахунках в органах Державної казначейської служби залишки грошових коштів, отриманих за надання послуг відповідно до договорів з НСЗУ, які накопичуються на рахунках надавачів понад еквівалент двомісячних сум витрат на оплату праці з нарахуваннями.». Проте, як вже встановлено, відповідно нормам Бюджетного Кодексу кошти від НСЗУ мають бути спрямовані на оплату вже наданих послуг. Тобто на оплату праці тим хто надавав медичні послуги, на витратні матеріали та медикаменти які вже витрачені і запаси яких необхідно поповнювати. У договір між КНП та НСЗУ пунктів щодо «можливої економії» не внесено. Тому й ця зовні приваблива пропозиція не є дієвою.

Наступний пункт 30. «Мінфіну та Казначейству реалізувати технічні рішення щодо забезпечення ефективного управління небюджетними рахунками надавачів медичних послуг державної та комунальної власності». У цій пропозиції також складно знайти дієвий компонент. Про що свідчить подальший коментар щодо наявного стану речей: «Тобто, ще раз простими словами: виконання наших рекомендацій передбачає, що для переважної більшості медичних закладів нічого не зміниться. Вони будуть, як і раніше, розмішувати кошти на банківських рахунках та ними користуватися. Ті лікарні, які неефективно використовують залишки на рахунках, перейдуть на небюджетні казначейські рахунки.

Але – важливо, що це не звичайні казначейські рахунки, а небюджетні казначейські рахунки. Користуватися ними керівники закладів зможуть вільно та без обмежень.»

Тоді знову запитання: якщо «небюджетні казначейські рахунки. Користуватися ними керівники закладів зможуть вільно та без обмежень» то які проблеми? Яюсь дивно: то карають тих хто «неефективно використовують залишки на рахунках», то зразу ж, через крапку їх втішають.

Тому ці пропозиції складно прийняти як дієві та такі що мають чинне нормативне підґрунтя.

І на всі ці сумніви відповідь від Міністерства фінансів:

- рахунки будуть небюджетні і не буде потреби збирати увесь комплект документів, як для бюджетних платежів.

- «Наголошуємо, надавачі медичних послуг будуть і надалі самостійно розпоряджатись своїми коштами. Всі платежі надавачів медичних послуг буде здійснено позачергово. Тобто таким платежам буде надано найвищий рівень пріоритетності».

- «Здійснення оплат за програмою медичних гарантій на небюджетні рахунки лікарень буде застосовано лише на період воєнного стану.»

Проте ми маємо вказати, що Міністерство фінансів у якості необхідної умови для швидкого обслуговування коштів на рахунках Казначейства визначило, що наявність у КНП «середньострокового плану розвитку закладу» є необхідною умовою для ефективного спілкування КНП та Казначейства, навіть із використанням небюджетних рахунків.

Висновки

1. Проведене дослідження та обговорення його результатів доводить наявність значних протиріч у нормах які регулюють діяльність КНП провайдерів послуг за ПМГ.

2. Неузгодженість у чинному законодавстві щодо фінансової діяльності КНП створює ризики щодо виникнення кризових явищ у забезпеченні виконання ПМГ.

3. Закони які визначили медичну реформу потребують додати до них низку необхідних директивних документів: порядки та процедури. Директивні документи мають забезпечити впровадження норм вже прийнятих Законів України та сприяти стабільної діяльності КНП та їх взаємодії із НСЗУ та фінансовими органами.

4. Доцільно повернутись до Проекту ДБ Прикінцеві положення, пункт 3, абзац 8, і переглянути відміну норми: «Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік. Порядок реалізації програми медичних гарантій встановлюється Кабінетом Міністрів України». Відповідно якої

5. Розробити Порядок реалізації ПМГ та узгодити його із нормами чинного законодавства зокрема визначити необхідні для КНП умови щодо користування рахунками Казначейства, зокрема вимоги до вказаного Міністерством фінансів України «середньострокового плану розвитку закладу».

6. Доповнити освітні програми для керівників провайдерів медичних послуг аналізом чинних норм, які формують фінансову модель національної охорони здоров'я України. У тому числі через систему післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку.

Список інформаційних джерел та літератури:

1. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». URL https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002_19#Text

2. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL <https://ips.ligazakon.net/document/T172168?an=1>)

3. Рогач І.М., Слабкий Г.О., Смірнов М.М., Жорник В.В. Модель фінансування закладів охорони здоров'я на прикладі Франції в системі Т2А Економіка і право охорони здоров'я. № 2 (8), 2018. С 59-63

4. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67–86.

5. Камінська Т. В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. Економічний вісник НТУУ Київський політехнічний інститут. № 23, 2022. С 83-89.

6. Проект Закону про Державний бюджет України на 2025 рік Офіційний сайт ВР України, реєстраційний номер: 12000; дата реєстрації від 14.09.2024, URL <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/44888>.)

7. Електронна петиція до Верховної Ради України «Про неприпустимість запропонованих в Проекті бюджету на 2025 р., заходів щодо запровадження механізмів забезпечення цільового та ефективного використання коштів за програмою медичних гарантій шляхом перерахування залишків грошових коштів, які утворилися за рахунок оплати медичних послуг за програмою медичних гарантій, з рахунків відкритих в установах банків, на небюджетні рахунки надавачів медичних послуг, відкриті в органах Державної казначейської служби». URL <https://itd.rada.gov.ua/services/Petitions/>

8. Міністерство фінансів України. Переведення оплат за медгарантіями до Казначейства не вплине на автономність закладів охорони здоров'я. Роз'яснення. 30 вересня 2024. Урядовий портал URL https://mof.gov.ua/uk/news/minfin_perevedennia_oplat_z_medgarantiami_do_kaznacheistva_ne_vpline_na_avtonomnist_zakladiv_okhoroni_zdorovia-4806

9. Радутський Михайло голова Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. Сторінка Фейсбуку 02. 10. 2024 URL <https://www.facebook.com/radutskyu>

10. Міністерство фінансів України. Платежі з небюджетних рахунків медичних закладів здійснюватимуться позачергово. Роз'яснення 8 жовтня 2024 р. Урядовий портал. URL <https://www.kmu.gov.ua/news/platezhi-z-nebiudzhethnykh-rakhunkiv-medychnykh-zakladiv-zdiisniuvatymutsia-pozacherhovo-roziasnennia-minfinu>

11. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 27.12.2017 № 1101. Редакція від 29.02.2024, підстава — 212-2024-п. Постійна адреса: URL <https://zakon.rada.gov.ua/go/1101-2017-%D0%BF>

12. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (Офіційний вісник України, 2018 р., № 45, ст. 1570) - із змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 6 жовтня 2021 р. № 1067.).

13. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. Юридичний вісник. 2018. № 2. С. 116–120.

14 Бюджетний Кодекс України URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

Махота Л.С.,
Генеральний директор ДУ «Харківський обласний
центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»
Слабкий Г.О.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я
Білак-Лук'янчук В.Й.,
кандидат медичних наук, доцент
доцент кафедри наук про здоров'я
Ластовецький С.В.,
аспірант
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ
НА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ, ЗАХВОРЮВАНІСТЬ
НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ХАРКІВСЬКА ОБЛАСТЬ**

Харківська область відноситься до регіонів в якому відбуваються активні бойові дії.

Проаналізовані оперативні дані Харківського центру контролю та профілактики захворювань щодо стану санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні, стану захворюваності населення на інфекційні захворювання та ресурсів системи охорони здоров'я області з надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при інфекційних захворюваннях за період 2021 - першої половини 2024 року. Дане дозволяє зробити висновки про вплив війни проти російської військової агресії на стан санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні, стан захворюваності населення на інфекційні захворювання та ресурси системи охорони здоров'я області з надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при інфекційних захворюваннях.

На першому етапі дослідження нами проаналізовано дані щодо санітарно-епідемічної ситуації в області. Таблиця 1.

Необхідно зазначити що з початку війни, особливо в 2022 році, на території області та м. Харків у зв'язку з обстрілами об'єктів інфраструктури відмічались чисельні локальні тимчасові відключення централізованого водопостачання. До поверхневих водойм, особливо на деокупованих територіях, з оглядом на безпекову ситуацію, заборонено доступ, що відповідно впливає на якість води в них. На зміну якості повітря позитивно вплинуло зменшення руху автотранспорту та припинення роботи промислових підприємств, що були основними забруднювачами. Натомість негативно на інтенсивність забруднення атмосферного повітря вплинули масові пожежі в екосистемах в результаті ворожих обстрілів та пилові бурі.

Таблиця 1

Характеристика санітарно-епідемічної ситуації

Показник	2021 рік			2022 рік			2023 рік			6-ть місяців 2024 року		
	Всього аналізів	Не відповідає стандарту		Всього аналізів	Не відповідає стандарту		Всього аналізів	Не відповідає стандарту		Всього аналізів	Не відповідає стандарту	
		1	2		1	2		1	2		1	2
Характеристика якості води												
Води з водойм I категорії	19	1	-	3	-	-	20	-	-	4	-	-
Води з водойм II категорії	1953	84	160	634	-	86	761	19	219	362	15	72
Джерела централізованого водопостачання населення	15034	167 2	572	15251	803	290	23244	152	409	11295	192	109
В тому числі:												
- комунальні	7724	950	223	13490	696	198	20015	299	286	9763	124	64
- відомчі	5268	485	216	1318	59	46	2483	74	77	1209	15	24
- сільських водопроводів	2042	237	133	443	48	46	746	79	46	323	53	21
Джерела децентралізованого водопостачання населення	4008	133 7	484	2365	872	496	3052	685	563	1344	527	164
Характеристика якості повітря												
Атмосферного повітря міських поселень	16032	775	-	11235	176	-	12438	262	-	3946	175	-
Атмосферного повітря сільських поселень	4120	24	-	690	16	-	1401	28	-	940	24	-
Характеристика якості ґрунту												
Всього проведено досліджень:	765	35	12	284	22	6	519	15	10	258	18	7
В тому числі												
- в місцях зберігання токсичних відходів	58	-	-	5	-	-	45	-	-	26	-	-
- території вирощування сільськогосподарської продукції	7	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
- території в місцях застосування пестицидів	16	-	-	2	-	-	4	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 1

- ґрунт у зоні житлових масивів	139	25	-	165	18	-	164	13	-	61	6	4
- дитячих майданчиків та закладів	94	12	-	53	12	-	89	9	-	32	-	-
Якість та безпека продуктів харчування/проби харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками												
Усього проб	6656			1311			1750			1143		
Не відповідали нормативам	186			14			43			25		
Питома вага проб, які не відповідали нормативам, %	2,8			1,7			2,5			2,1		

Примітка: 1 - за санітарно-хімічними, 2 - бактеріологічними показниками.

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на наступне. Кількість проведених проб води скоротилася із водойм 1 категорії в 2022 році в 6,30 разу, води з водойм II категорії в 2023 році 2,57 разу; із джерел централізованого водопостачання населення в 2023 році збільшилася в 2,59 разів. В тому числі: комунальних водопроводів збільшилося в 2,59 разу, відомчих водопроводів скоротилися в 2,12 разу, сільських водопроводів скоротилися в 2,74 разу. При цьому частка проб із джерел децентралізованого водопостачання населення в 2024 році які не відповідали санітарним нормативам за мікробіологічним станом склала 39,21%, а за хімічним складом – 12,20 % проти 33,36% та 12,07% відповідно у 2021 році.

Загальна кількість проб атмосферного повітря в міських поселеннях скоротилася в 1,29 рази, а в сільських поселеннях в 2,94 рази. При цьому частка проб атмосферного повітря, що не відповідали гігієнічним нормативам з перевищенням гранично допустимих концентрацій пилу неорганічного характеру в 2024 році складала в містах – 4,43% та в сільській місцевості 2,55% проти 4,83% та 0,58% відповідно. Це вказує на те, що в сільській місцевості якість атмосферного повітря погіршилася в 4,40 разу.

Загальні кількість проб ґрунту які проведені в 2023 році скоротилася в 1,47 разів. В тому числі: в місцях зберігання токсичних відходів в 1,29 разів, у зоні дитячих майданчиків та закладів у 1,06 разів. В 2024 році відповідні дослідження на території вирощування сільськогосподарської продукції та в місцях застосування пестицидів не проводилися.

Частка проб ґрунту, в яких виявлені перевищення санітарно-гігієнічних нормативів, збільшилась з 6,3 % в довоєнний період до 11,0% (1,75 разу) під час воєнний дій. Вище за середньообласний показник такі показники зареєстровані в Балаклійській, Барвінківській, Ізюмській територіальних громадах, населені пункти яких знаходились в окупації та в зоні активних бойових дій, а також на території м. Харків.

Кількість проб із дослідження якості та безпеки продуктів харчування скоротилася в 3,8 разів. Значного погіршення якості продуктів харчування в

динаміці 2021-2024 років не відмічається. Не відповідність санітарно-гігієнічним нормативам складала 1,7% - 2,8%.

Дані про результати обстеження якості питної води в динаміці 2021-2024 (перше півріччя) наведено в табл.2.

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на наступне.

Централізоване водопостачання. Частка проб води яка за хімічними показниками не відповідає санітарно-гігієнічним нормам в цілому в області знизилася в 6,78 разу і склала в 2024 році 3,7%. При цьому відповідна частка проб води із деокупованих територій була у 3,49 разів більшою і в 2024 році становила 12,9%. Частка проб води яка за мікробіологічними показниками не відповідає санітарно-гігієнічним нормам за період дослідження знизилася в 3,89 разів і в 2024 році склала 1,8%. При цьому на деокупованих територіях вони була у 4 рази вищою і складала 7,2%.

Таблиця 2

Якість питної води, 2021 - 2024 рр

Рік	Проби води з відхиленнями від гігієнічних нормативів (%)			
	Централізоване водопостачання		Децентралізоване водопостачання	
	Санітарно-хімічні показники	Мікробіологічні показники	Санітарно-хімічні показники	Мікробіологічні показники
2021	25,1	7,0	49,1	40,5
2022	11,7	3,4	58,2	54,6
В т.ч. на деокупованих територіях	21,9	13,0	77,1	64,9
2023	3,9	3,3	42,9	39,9
В т.ч. на деокупованих територіях	12,8	7,1	75,2	60,8
6 місяців 2024	3,7	1,8	53,9	44,7
В т.ч. на деокупованих територіях	12,9	7,2	75,9	60,7

Децентралізоване водопостачання. Частка проб води яка за хімічними показниками не відповідає санітарно-гігієнічним нормам в цілому має тенденцію до зростання. Так, у 2024 році у зрівнянні з 2021 роком вона зросла в 1,1 разу і склала 53,9%. При цьому відповідна частка проб води із деокупованих територій яка за хімічними показниками не відповідає санітарно-гігієнічним нормам становить більше 70% і в 2024 році склала 75,9%, що в 1,41 разу вище від загального показника по області.

Частка проб води яка за мікробіологічними показниками не відповідає санітарно-гігієнічним нормам має незначне коливання від 40,5% в 2021 році до 44,7% в 2024 році з найменшим рівне в 2023 році – 39,9%. При цьому відповідна частка на деокупованих територіях в 2024 році склала 60,7%.

Таблиця 3

Захворюваність населення Харківської області на інфекційні хвороби

Захворювання	2020 рік		2021 рік		2022 рік		2023 рік		6 міс. 2024 рік	
	Діти	Дорослі	Діти	Дорослі	Діти	Дорослі	Діти	Дорослі	Діти	Дорослі
Гонококова інфекція	0,0---0	0,79	0,00	0,54	-0,00	0,04	-	0,03	0-,00	0,04
Гострий гепатит А	1,06	0,65	0,26	0,14	0,09	0,03	0,05	0,05	0,05	0,05
Гострий та хронічний гепатит В	0,09	0,93	0,07	0,71	0,05	0,56	0,09	0,99	0,02	0,67
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D	0,05	2,31	0,07	2,75	0,02	1,91	0,02	3,06	0,05	2,79
Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включаючи грип А (H1N1) та А (H5N1)	2,94	0,19	0,12	0,04	0,47	0,0-0	4,15	0,34	2,30	0,42
Дирофіляріоз	0,00-	0,01	-	-	-	-	-	0,01	0, -00	-
Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica	0,07	0,01	0,07	0,0-0	0,02	0-,00	0,02	-	-	-
Епідемічний паротит	0,02	-	0,12	-	0,02	0, -00	0,05	-	0,07	-
Ехінококоз	-	-	-	0,01	0,05	-	-	0,01	0,00	-
Інфекція, спричинена Haemophilus influenzae	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02	0,0-0
Кашлюк	2,29	0,04	0,70	0,0-0	0,12	0, -00	0,30	0,00	0,63	0,01
Кір	0,05	0,0-0	0,02	-	-	-	-	0,01	0,02	-
Коронавірусна хвороба (COVID-19)	-	-	255,35	729,59	156,63	303,03	27,36	48,06	1,94	5,80
Краснуха	0,05	-	-	-	0,02	0,01	0,0-0	-	-	-
Криптоспоридіоз	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-	-
Лептоспіроз	0-,00	-	-	-	-	-	-	0,05	-	-
Лістеріоз	-	-	-	-	-	-	-	0,01	-	-

Продовження таблиці 3

Лямбліоз	2,57	0,42	3,88	0,48	2,06	0,27	0,98	0,10	0,56	0,09
Малярія	-	0,02	0,02	0,02	-	-	-	-	-	-
Менінгококова інфекція	0,05	-	0,05	-	0,05	0,01	0,12	-	0,05	0,01
Правець	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сальмонельоз	6,48	0,34	4,25	0,57	1,92	0,26	5,36	0,42	2,65	0,26
Сифіліс	-	0,55	-	0,42	-	0,01	-	0,02	-	0,35
Токсоплазмоз	-	0,01	-	0,02	-	-	-	0,02	0,05	0,03
Туберкульоз	1,02	2,72	1,25	2,76	0,23	1,85	0,63	3,43	0,14	1,61
Хвороба Лайма	0,46	0,52	0,21	0,62	0,47	0,27	0,68	0,98	0,35	0,37
Шигельоз	1,76	-	1,02	-	0,84	0,01	1,26	0,01	0,59	0,01
Смертність населення внаслідок інфекційних хвороб										
Померло дорослих, кількість	-	-	-	-	-	-	-	51	-	38
Показник на 100 тис. дорослого населення	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	1,4
Померло дітей, кількість	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-
Показник на 100 тис. дитячого населення	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,5	-

Різниця у 2024 році показника частки проб води які не відповідали санітарно-гігієнічним нормам за хімічним складом між централізованим і децентралізованим способом водопостачання становила 14,6 разів, а за мікробіологічними показниками 24,8 разів в тому числі на деокупованих територіях 24,8 та 8,4 разів відповідно з кращими показниками при централізованій системі водопостачання.

Далі в таблиці 3 наведено динаміку показників захворюваності населення області на інфекційні хвороби. Показники розраховані на 100 тис. населення відповідного (дорослого, дитячого) населення.

Моніторинг проводився у відповідності до наказу Міністерства охорони здоров'я України 30 липня 2020 року № 1726 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 р. за № 1333/35616 «Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації».

Аналіз наведених в табл.3 даних вказує на наступне.

Дитяче населення. Збільшення показника захворюваності в 2023 році у зрівнянні з 2020 роком зареєстровано за наступними хворобами: грип – 1,41 разів; епідемічний паротит – 2,5 разів; хвороба Лайма – 1,48 разів. Крім того зареєстровані захворювання дітей на коронавірусну хворобу (COVID-19) з показником 27,36 та криптоспоридіоз з показником 0,02 на які діти в 2020 році не хворіли.

При цьому в 2023 році та в першому півріччі 2024 року зареєстровано по 2 смерті дітей внаслідок інфекційних хвороб, чого не реєструвалося в довоєнний період.

Доросле населення. Збільшення показника захворюваності в 2023 році у зрівнянні з 2020 роком зареєстровано за наступними хворобами: гострий та хронічний гепатит С, Е, D в 1,32 разу; грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включаючи грип А (H1N1) та А (H5N1) в 1,79 разу; токсоплазмоз в 3 рази, гострий та хронічний гепатит В в 1,06 разу. Крім того зареєстровані захворювання дорослих на коронавірусну хворобу (COVID-19) з показником 48,06 в 2023 році та 5,8 за перше півріччя 2024 року та лептоспіроз з показником в 2023 році 0,05, лістеріоз з показником в 2023 році 0,01, менінгококову інфекцію з показником за перше півріччя 2024 року 0,01, ехінококоз та кір з показником в 2023 році 0,01 на які дорослі в 2020 році не хворіли.

При цьому в 2023 році зареєстровано 51 та в першому півріччі 2024 року 38 смертей дорослих внаслідок інфекційних хвороб, чого не реєструвалося в довоєнний період.

Крім того за період з 2021 року по 01.10.2024 року в Харківській області зареєстровано 5 спалахів гострих кишкових інфекцій, пов'язаних з вживанням неякісних харчових продуктів.

У 2021 році зареєстровано 2 спалахи.

ТОВ «Ресторація №1» (ресторани «Якіторія», «Мафія», м. Харків), захворіло 90 осіб, які пов'язували своє захворювання з вживанням готових страв - суші у зазначених закладах. Встановлені діагнози: сальмонельозний ентерит середнього ступеню важкості, виділена S.enteritidis - 45 осіб,

сальмонельозний ентерит середнього ступеню важкості, клінічно, епідеміологічно - 45 осіб. Основна причина спалаху – вживання неякісного харчового продукту (суші), які були виготовлені з порушенням вимог санітарного законодавства. Обставини, що сприяли виникненню спалаху – недотримання вимог санітарного законодавства при приготуванні та реалізації готових страв (суші).

Домашній осередок (м. Харків) зареєстровано 3 хворих. Встановлено заключні діагнози: сальмонельозний ентерит середнього ступеню важкості, виділена *S. enteritidis* гр.D1 - 2 особи та сальмонельоз середнього ступеню важкості клінічно, епідеміологічно 1 особа. Основна причина спалаху – ймовірно вживання недоброякісних харчових продуктів у домашніх умовах. Обставини, що сприяли виникненню спалаху – незадовільний санітарний стан утримання квартири, недотримання правил особистої гігієни захворілими, ймовірно порушення правил зберігання та термінів вживання харчових продуктів.

У 2023 році зареєстровано 2 спалахи сальмонельозного ентериту в м. Харків (домашні осередки по 3 випадки).

У першому осередку всім хворим встановлено заключні діагнози: сальмонельозний ентерит середнього ступеню важкості, виділена *S. enteritidis* гр.D. Причина спалаху – ймовірно вживання готових страв виготовлених у домашніх умовах. Обставини, що сприяли виникненню спалаху – ймовірно порушення правил приготування та зберігання готових страв у домашніх умовах.

У другому осередку – 1 хворому встановлено заключний діагноз сальмонельозний ентерит середнього ступеню важкості, виділена *S. enteritidis* гр.D та 2-м хворим - сальмонельоз середнього ступеню важкості клінічно, епідеміологічно. Причина спалаху – ймовірно вживання недоброякісних готових страв, виготовлених у домашніх умовах. Обставини, що сприяли виникненню спалаху – ймовірно порушення правил їх приготування та зберігання у домашніх умовах та недотримання правил особистої гігієни.

За 9 місяців 2024 року зареєстровано 1 спалах сальмонельозного ентериту в Харківському районі (домашній осередок) з 3-ма захворілими дітьми, яким встановлено заключний діагноз: сальмонельозний ентерит локалізована гастроентероколітична важка форма, виділена *S. enteritidis* гр.D, варіант *je*на. Причиною виникнення спалаху було ймовірно вживання в їжу готових страв, виготовлених у домашніх умовах. Ймовірним джерелом інфекції послужила мати захворілих дітей, якій за результатом лабораторного обстеження встановлено діагноз: бактеріоносій сальмонели групи D *enteritidis*, варіант *je*на. Обставини, що сприяли виникненню спалаху – ймовірно недотримання правил особистої гігієни при приготуванні страв та порушення умов зберігання готових продуктів харчування у зв'язку з відключенням електроенергії.

У 2022 році зареєстровано 2 випадки захворювання на ботулізм у мешканців м. Харків. В обох випадках причиною хвороби була в'ялена риба, придбана у торговельній мережі міста. В стаціонарних умовах хворим

вводилась протиботулінічна сироватка. Лабораторне підтвердження діагнозу не проводилось у зв'язку з відсутністю діагностичних сироваток. Після проведеного комплексу лікувальних заходів постраждалі виписані в задовільному стані.

За період 2022 - 2024 років на території Харківської області було зареєстровано 2 випадки отруєнь дикорослими грибами. У 2022 році постраждала сім'я з двох осіб, мешканці міста Харкова, у 2023 році – 1 особа з с. Верхній Салтів Вовчанської міської громади Чугуївського району (деокупована територія). Всі отруєння виникли у побуті, пов'язані з вживанням дикорослих грибів печериць та глив, які вживались постраждалими після кулінарної обробки (смаження). Всі хворі пролікувались, виписані зі стаціонару у задовільному стані

Далі було проаналізовано динаміку забезпеченості основними ресурсами з надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах за 2020 рік - перше півріччя 2024 року в розрізі амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги. Дані оперативного моніторингу наведено в табл.4.

Таблиця 4

Характеристика ресурсів з надання медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	6-ть місяців 2024 року
Амбулаторна допомога дорослому населенню					
Кількість спеціалізованих кабінетів	28	27	25	24	24
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	28	26	23,25	22,25	22,25
Забезпеченість посадами на 10 тис. дорослого населення	0,13	0,12	0,11	0,10	0,10
% укомплектованості посад фізичними особами	100,0	96,3	93,0	92,7	92,7
Амбулаторна допомога дитячому населенню					
Кількість спеціалізованих кабінетів	17	17	15	14	14
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	17	17	13,25	12,75	12,75
Забезпеченість посадами на 10 тис. дитячого населення	0,4	0,4	0,3	0,29	0,29
% укомплектованості посад фізичними особами	100,0	100,0	88,3	91,1	91,1
Стаціонарна допомога дорослому населенню					
Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих	1401	1815	815	505	328
Забезпеченість ліжками на 10 тис. дорослого населення	5,30	6,93	3,15	1,95	1,27
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	153	102	98,25	93	87

Продовження таблиці 4

Кількість госпіталізованих хворих	17865	29091	12436	4840	4803
Робота ліжка, кількість днів на рік	296,01	232,81	128,03	7,9	14,45
Стационарна допомога дитячому населенню					
Кількість ліжок інфекційного профілю для дитячого населення	365	360	365	270	300
Забезпеченість ліжками на 10 тис. дитячого населення	1,38	1,37	1,41	1,05	1,16
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	57	45	44	37	39
Кількість госпіталізованих хворих	6568	8732	3823	2156	2528
Робота ліжка, кількість днів на рік	146,96	176,59	89,85	10,62	8,43
Інші ресурси					
Кількість бак. лабораторій	51	51	49	45	44
Кількість посад лікарів лаборантів бак. лабораторій	69	68	58,75	54	52
% укомплектованості посад лікарів лаборантів	54,7	53,25	48,75	43,8	42,4
Кількість посад лаборантів бак. лабораторій	200	182	176	164	159
% укомплектованості посад лаборантів	77,6	76,8	42,3	54,2	59,5

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на наступне.

Кількість спеціалізованих кабінетів для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги дорослому населенню скоротилася на 4 і склала 24 кабінети.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної допомоги дорослому населенню скоротилася на 5,75 посад і склала 22,25 посад.

Забезпеченість посадами лікарів-інфекціоністів дорослого населення для надання амбулаторної допомоги дорослому населенню скоротилася на 0,03 і склала 1,1 на 10 тис дорослого населення.

Рівень укомплектованості посад лікарів-інфекціоністів фізичними особами для надання амбулаторної допомоги дорослому населенню скоротилася на 7,3% і склала 92,7%.

Кількість спеціалізованих кабінетів амбулаторної спеціалізованої допомоги дитячому населенню скоротилася на 3 склала 14 кабінетів.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги дитячому населенню скоротилася на 4,25 посад і склала 12,75 посад.

Забезпеченість посадами лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги дитячому населенню скоротилася на 0,11 і склала 0,29 на 10 тис дитячого населення.

Рівень укомплектованості посад лікарів-інфекціоністів дитячих фізичними особами для надання амбулаторної спеціалізованої допомоги скоротилася на 8,9% і склала 91,1%.

Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих скоротилася в 4,27 разу і склала 328 госпітальних ліжок.

Забезпеченість ліжками інфекційного профілю в розрахунку на 10 тис. дорослого населення скоротилася в 4,17 разу і склала 1,27.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги дорослому населенню скоротилася в 1,76 разу і склала 87, що становить 1 посада на 3,8 ліжок.

Кількість госпіталізованих хворих скоротилася в 3,69 разу і в 2023 році склала 4840 пацієнтів.

Робота ліжка, кількість днів на рік, скоротилася із 286,01 дня в 2020 році до 7,9 (37,47 разів) днів в 2023 році та 14,45 днів за перше півріччя 2024 року.

Кількість ліжок інфекційного профілю для надання стаціонарної допомоги дитячому населенню скоротилася на 65 і склала 300 госпітальних ліжок.

Забезпеченість ліжками скоротилася на 0,22 та склала 1,16 в розрахунку на 10 тис. дитячого населення.

Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги дитячому населенню скоротилася на 18 і склала 39.

Кількість госпіталізованих хворих дітей скоротилася із 8732 в 2021 році до 2156 (4,05 разів) в 2023 році та 2528 за першу половину 2024 року.

Робота ліжка, кількість днів на рік, скоротилася від 176,59 в 2021 році до 10,62 (16,63 рази) в 2023 році та 8,43 дні в 2024 році.

З інших ресурсів необхідно відмітити наступне.

Кількість бактеріологічних лабораторій скоротилася із 51 до 44 – на 7.

Кількість посад лікарів лаборантів бактеріологічних лабораторій скоротилася в 1,29 разів і склала 42,4.

Укомплектованість штатних посад лікарів лаборантів скоротилася на 12,3% і склала 42,4%,

Кількість посад лаборантів бактеріологічних лабораторій скоротилася 41 і склала 159 при скороченні рівня їх укомплектованості на 18,1 % з показником 59,5%.

Відповідно до доказового менеджменту рівень укомплектованості штатних посад лікарів-лаборантів та лаборантів бактеріологічних лабораторій не може забезпечити проведення якісної діагностики.

Таким чином за результатами проведеного аналізу можна зробити висновок про негативний вплив війни проти російської військової агресії на стан санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні, стан захворюваності населення на інфекційні захворювання та ресурси системи охорони здоров'я області з надання спеціалізованої медичної допомоги населенню при інфекційних захворюваннях.

Асатунова Н.М.,
Генеральний директор ДУ «Херсонський обласний
центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»
Слабкий Г.О.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я
Ужгородський національний університет
Качур О.Ю.,
доктор медичних наук, професор,
Київський медичний університет

ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ НА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ, ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСТЬ

Відповідно до Наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22 грудня 2022 року № 309 який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23 грудня 2022 р. за № 1668/39004 «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією» із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій Херсонська область віднесена до територій, на яких ведуться (велися) бойові дії.

Представлено проаналізовані оперативні дані Херсонського обласного центру контролю та профілактики захворювань щодо стану санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні, стану захворюваності населення області на інфекційні захворювання за період 2021 - першої половини 2024 року. Дане дозволяє зробити висновки про вплив війни проти російської військової агресії на стан санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні та стан захворюваності населення на інфекційні захворювання.

Необхідно зазначити, що ризик погіршення епідемічної ситуації в області зріс після пошкодження інфраструктури системи водопостачання в ряді населених пунктах, у тому числі і місті Херсон, після підтоплення внаслідок підриву Каховської ГЕС. При цьому в деяких населених пунктах Бериславського району із-за знищення водосховища, яке впливало на рівень підземних вод, впав рівень води в артезіанських свердловинах, що призвело також до дефіциту питної води. Однак, за час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації здійснювались заходи щодо забезпечення населення водою, що дало змогу уникнути епідемічних ускладнень.

Відзначалися лише спорадичні випадки гострих кишкових інфекцій, туберкульозу, хронічних вірусних гепатитів В, С, а також укуси тваринами.

Наводимо фотофакти наслідків підриву Каховської ГЕС. Джерела:

<https://glavcom.ua/country/incidents/naslidki-pidrivu-kakhovskoj-hes-skilki-ljudej-zahinuli-ta-znikli-bezvisti-933362.html>

<https://www.slovoidilo.ua/2023/07/21/novyna/bezpeka/mvs-ozvuchyly-kilkist-zahyblyx-vnaslidok-pidryvu-kaxovskoyi-hes>

<https://nikcenter.org/2023/07/stalo-vidomo-skilky-lyudej-zagynulo-cherez-terakt-na-kahovskij-ges/>



Наразі територія області знаходиться під постійними обстрілами, і зберігається ймовірність пошкоджень як джерел водопостачання, веж для накопичення води так і розподільчої мережі. При цьому підприємства, які забезпечують водопостачання, зважаючи на безпекову ситуацію, не завжди оперативно зможуть усунути пошкодження, провести дезінфекційні заходи.

Негативно впливає на стан водопостачання та каналізування і пошкодження електропостачання, що регулярно має місце.

Після підриву Каховської ГЕС і підтоплення території було затоплено джерела і мережі водопостачання, внаслідок чого якість питної води не відповідає вимогам санітарного законодавства.

В процесі відновлення наразі проби питної води, що досліджуються, не мають відхилень від санітарних норм. Випадки масових неінфекційних захворювань (отруєнь), пов'язаних з вживанням недоброякісної питної води, не зареєстровані.

Також, зменшився вплив щодо розповсюдження інфекцій відкритих водойм, доступ до яких населенню обмежено органами місцевої влади.

На першому етапі дослідження нами проаналізовано дані щодо санітарно-епідемічної ситуації в області. Табл.1.

Таблиця 1

Характеристика санітарно-епідемічної ситуації

Показник	2021 рік			2022 рік			2023 рік			6-ть місяців 2024 року		
	Всього о аналі зів	Не відповідає нормативу		Всього о аналі зів	Не відповідає нормативу		Всього о аналі зів	Не відповідає нормативу		Всього о аналі зів	Не відповідає нормативу	
		1	2		1	2		1	2		1	2
Характеристика якості води												
води з водойм І категорії	57	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-
води з водойм ІІ категорії	2101	28	5	219	3	6	65	18	19	26	8	2
джерела централізованого водопостачання населення	5611	460	169	1128	21	1	3324	182	125	1419	8	12
В тому числі:												
- Комунальні	1958	61	40	773	4	-	2528	150	22	1279	3	6
- Відомчі	2251	268	60	99	4	1	59	12	-	58	-	-
- Сільських водопроводів	1402	131	69	256	13	-	737	20	103	82	5	6
джерела децентралізованого водопостачання населення	239	17	14	6	-	-	160	33	35	62	6	8
Характеристика якості повітря												
атмосферного повітря міських поселень	2787	34	-	2129	4	-	877	-	-	175	-	-

Продовження таблиці 1

атмосферного повітря сільських поселень	99	-	-	72	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Характеристика якості ґрунту</i>												
Всього проведено досліджень	1095	-	6	172	-	-	10	-	-	9	3	-
В тому числі		-										
- території в місцях застосування пестицидів	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ґрунт у зоні житлових масивів	40	-	-	33	-	-	1	-	-	1	-	-
- дитячих майданчиків та закладів	626	-	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Якість та безпека продуктів харчування/ проби харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками</i>												
Усього проб	878			16			-			1		
Не відповідали нормативам	11			-			-			-		
Питома вага проб, які не відповідали нормативам, %	1,25			-			-			-		

Примітка: 1 - за санітарно-хімічними, 2- бактеріологічними показниками.

Контроль якості води. З метою контролю якості води у водоймах І категорії в 2021 році проведено. 57 проб, а у 2022 році – 7 проб. Всі проби відповідали нормативу. У 2023 та 2024 роках відповідні дослідження не проводилися.

З метою контролю якості води в джерелах централізованого водопостачання населення проведено відповідно наступну кількість проб: 5611, 1128, 3324, 1419. В 2021 році частка проб, що не відповідала нормативам за хімічним складом склала 8,2% а за мікробіологічним – 3,0%. В 2022 році ці показники відповідно склали 1,9% та 0,97% у 2023 році 5,5% та 3,8%, а у 2024 році 0,6% та 0,8%.

З метою контролю якості води в джерелах децентралізованого водопостачання населення проведено відповідно наступну кількість проб: 239, 6, 160, 62. В 2021 році частка проб, що не відповідала нормативам за хімічним складом склала 7,1% а за мікробіологічним – 5,9%. У 2023 році ці показники відповідно склали 20,6% та 21,9%, а у 2024 році 9,7% та 12,9%. В 2022 році всі проби відповідали нормативам.

Контроль якості повітря. Кількість проб атмосферного повітря міських поселень у зрівнянні з 2021 роком у 2022 році зменшилася у 1,3 разу

і склала 2129, у 2023 році кількість проб зменшилася у 3,2 раз і склала 877. Всі проведені проби в 2023 – 2024 рр. відповідали нормативам. За перше півріччя 2024 року проведено 175 проб із яких 3 (33,3%) за хімічним складом не відповідали нормативу. Кількість проб атмосферного повітря сільських поселень у 2022 році склала 72, що в 1,3 разу менше ніж в 2021 році. В 2023-2024 роках вказані дослідження не проводилися. Всі проведені проби атмосферного повітря сільських поселень відповідали нормативам.

Контроль якості ґрунту. У зрівнянні з 2021 роком у 2022 році кількість проб ґрунту зменшилася у 6,4 разу і склала 172, у 2023 році кількість проб ґрунту зменшилася у 109 раз і склала 10. Всі проведені проби за цей період відповідали нормативам. За перше півріччя 2024 року проведено 9 проб із яких 3 (33,3%) за хімічним складом не відповідали нормативу.

Контроль якості та безпеки продуктів харчування. За представленими оперативними даними можна стверджувати, що контроль за якістю та безпекою продуктів харчування за період 2022 рік – перше півріччя 2024 року (період війни проти російської воєнної агресії) в області не проводився.

Далі проводився аналіз захворюваності населення області на інфекційні хвороби. Табл.2.

Таблиця 2

Захворюваність населення на інфекційні хвороби

Відповідно наказу Міністерства охорони здоров'я України 30 липня 2020 року № 1726 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 р. за № 1333/35616 «Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації»

Захворювання	2020 рік		2021 рік		2022 рік		2023 рік		6-ть місяців 2024 року	
	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі
Ботулізм	-	0,02	-	0,01	-	0,02	-	-	-	-
Бруцельоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вірусна хвороба Чикунгунья	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вірусні геморагічні гарячки невідомої етіології	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Віспа (натуральна)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Віспа (вітряна)	99,4	25,0	103,8	25,3	7,4	1,9	0,4	0,7	0,6	0,2
Вроджений сифіліс	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 2

Хвороба, яку спричинює вірус Зіка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гарячка денге	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гарячка Західного Нілу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гонококова інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гострий гепатит А	0,3	0,2	0,05	0,04	-	-	-	-	-	-
Гострий та хронічний гепатит В	-	0,6	-	0,09	-	0,06	-	0,7	-	0,1
Гострий поліомієліт	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D	-	0,8	-	0,7	-	1,5	-	4,7	-	4,8
Гранулоцитарний анаплазмоз людини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Грип	0,5	0,2	0,4	0,1	0,1	0,02	-	-	-	-
Дирофіляріоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дифтерія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica	-	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-
Ентерогеморагічна Escherichia coli інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Епідемічний паротит	0,05	0,02	0,2	0,04	-	-	-	-	-	-
Ехінококоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Жовта гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кампілобактеріальний ентерит	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кашлюк	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кір	0,1	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-
Кліщовий енцефаліт	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Коронавірусна хвороба (COVID-19)	-	215,3	251,4	681,6	200,1	342,7	2,2	27,2	3,1	32,5
Краснуха	-	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-
Крим-Конго геморагічна гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 2

Криптоспоридіоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ку-гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сифіліс	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сказ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Скарлатина	2,7	0,7	0,5	0,1	0,1	0,02	-	-	0,06	0,06
Лейшманіоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лептоспіроз	0,05	0,1	-	0,04	-	0,07	-	0,2	-	-
Лістеріоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лямбліоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Малярія	-	-	-	0,09	-	-	-	-	-	-
Менінгококова інфекція	0,2	0,05	0,1	0,02	0,2	0,04	-	-	-	-
Моноцитарний ерліхіоз людини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Пневмококові інфекції (у т.ч. Пневмонія стрептококова, групи В)	-	0,01	-	-	-	-	-	0,2	-	-
Правець	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Природжений токсоплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сальмонельоз	1,1	0,7	0,9	0,5	0,2	0,1	-	0,3	-	-
Сибірка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Токсоплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихінельоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Туберкульоз органів дихання	0,9	4,3	0,7	4,8	0,4	2,1	-	8,8	0,2	5,9
Туберкульоз інших органів	-	0,3	-	0,2	-	-	-	-	-	-
Туляремія	-	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-
Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хантавірусна інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба Кройцфельда-Якоба	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба Лайма	-	0,02	-	0,01	-	0,01	-	0,06	-	0,2
Хвороба легіонерів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	0,34	463,0	0,10	402,0	0,16	151,0	0,05	78,0	-	57,0

Хвороба, яку спричинює вірус Зіка, окрім вродженої	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хламідійна інфекція, включаючи хламідійну лімфогранульому (венеричну)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Холера	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Черевний тиф та паратиф	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чума	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шигельоз	0,05	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-

Проведений аналіз даних Херсонського обласного центру контролю та профілактики захворювань щодо стану захворюваності населення області на інфекційні захворювання населення області за період 2021 - першої половини 2024 року вказує на зниження захворюваності населення області на інфекційні хвороби за всіма нозологічними одиницями крім наступних.

Гострий та хронічний гепатит С, Е, D: показник захворюваності дорослого населення за перше півріччя 2024 року у зрівнянні з 2020 роком зріс у 6 разів і склав 4.8.

Туберкульоз органів дихання: показник захворюваності дорослого населення за перше півріччя 2024 року у зрівнянні з 2020 роком зріс у 1,4 разу і склав 5,9.

Хвороба Лайма: показник захворюваності дорослого населення за перше півріччя 2024 року у зрівнянні з 2020 роком зріс у 10 разів і склав 2,0.

Представлені центром дані щодо захворюваності населення на інфекційні хвороби не відповідають офіційним статистичним даним.

В цілому, отримані в ході проведеного аналізу дані вказують на негативний вплив війни на санітарно-епідемічну ситуацію та захворюваність населення області на інфекційні хвороби.

Савчук Р.М.,
кандидат медичних наук, Голова ГО
«Всеукраїнська асоціація фахівців з громадського здоров'я»

Слабкий Г.О.,
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри громадського здоров'я
Ужгородський національний університет

Медведовська Н.В.,
доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки
України, начальник науково-координаційного управління НАМН України

Фейса І.І.,
ст. викладач кафедри громадського здоров'я
Ужгородський національний університет

ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ НА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ, ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ: ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТЬ

Івано-Франківська область відноситься до регіонів віддалених від зони активних бойових дій але із значною кількістю вимушених переселенців.

Наводимо фотофакти умов проживання вимушених переселенців.

Джерела:

1. <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=Q6wc3MCS&id=92DA8EA846C3EDD492015180175E7C8CE6747153&thid=OIP.Q6wc3MCSa gxP0VdHFzYQvwHaE8&mediaurl=>

2. <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=Q6wc3MCS&id=92DA8EA846C3EDD492015180175E7C8CE6747153&thid=OIP.Q6wc3MCSa gxP0VdHFzYQvwHaE8&mediaurl=>

3. <https://www.google.com/search?q=%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BA%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D0%>





На першому етапі дослідження аналізувалися дані Івано-Франківського обласного центру контролю та профілактики захворювань щодо стану санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні за період 2021 рік – перше півріччя 2024 року. Отримані дані наведено в табл.1.

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на наступне.

Контроль якості води. З метою контролю якості води у водоймах I категорії проведено відповідно наступну кількість досліджень: 161, 129, 176, 129. За хімічним складом не відповідала нормативу 1,9% проб у 2021 році. За бактеріологічним складом не відповідала нормативу відповідно наступна частка проб: 3,1%, 1,6%, 9,7%, 38,8%.

З метою контролю якості води у водоймах II категорії проведено відповідно наступну кількість досліджень: 559, 556, 571, 876. За хімічним складом не відповідала нормативу наступна частка проб: 2,1%, 2,3%, 1,4%, в 2024 році всі проби відповідали нормативу. За бактеріологічним складом не

відповідала нормативу відповідно наступна частка проб: 1,1%, 0,2%, 1,4%, в 2024 році всі проби відповідали нормативу.

З метою контролю якості води в джерелах централізованого водопостачання населення проведено відповідно наступну кількість проб: 2162, 9919, 11279, 4219. За хімічним складом не відповідала нормативу наступна частка проб: 5,2%, 1,5%, 1,3%, 0,6%. За бактеріологічним складом не відповідала нормативу відповідно наступна частка проб: 13,5%, 1,9%, 3,1%, 0,1%.

З метою контролю якості води в джерелах децентралізованого водопостачання населення проведено відповідно наступну кількість проб: 356, 235, 231, 3493. За хімічним складом не відповідала нормативу наступна частка проб: 0,6%, 2,1%, 2,6%, 5,5%. За бактеріологічним складом не відповідала нормативу відповідно наступна частка проб: 1,4%, 1,7%, 1,7%, 4,4%.

Контроль якості повітря.

Кількість проб атмосферного повітря міських поселень відповідно склала: 7404, 5815, 5484, 3350. Частка проб, яка за хімічним складом не відповідала нормативу відповідно склала: 2,8%, 2,7%, 3,6%, 0,9%.

Кількість проб атмосферного повітря сільських поселень відповідно склала: 4684, 3863, 4191, 2258. Частка проб, яка за хімічним складом не відповідала нормативу у 2024 склала 0,4%. В інші роки всі проби відповідали нормативу.

Контроль якості ґрунту. Всього проведено досліджень відповідно 249, 297, 248, 192. Дослідження ґрунту проводилося із місць зберігання токсичних відходів, із зони житлових масивів та зони дитячих майданчиків та закладів. Виявлено невідповідність нормативу за хімічним складом по одній пробі в 2021 та 2022 роках.

Контроль якості та безпека продуктів харчування. За представленими оперативними даними всього проведено досліджень відповідно 4401, 2367, 48,10, 2644. Питома вага проб, які не відповідали нормативам відповідно склала: 0,77%, 0,76%, 0,89%, 0,15%.

Отримані результати вказують на те, що війна проти російської воєнної агресії не вплинула на стан санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні.

Далі аналізувалися представлені центром дані щодо захворюваності населення області на інфекційні хвороби. Отримані дані представлено в табл.2.

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на наступне.

Захворюваність дорослого населення на інфекційні хвороби.

У 2023 році зростання показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком на: ботулізм з показником 0,03, віспа (вітряна) – в 1,5 разу з показником 1,45, гепатит А – в 4,3 разу з показником 0,5 (за перше півріччя 2024 показник захворюваності склав 0,5), гострий та хронічний гепатит В – в 1,35 разу з показником 0,89, скарлатина – в 8,0 разів з показником 0,08, лептоспіроз – в 6,0 разів з показником 0,24, лямбліоз – в 2,26 разів з показником 1,29, туберкульоз органів дихання - в 1,51 разу з показником 3,44, хвороба Лайма – в 3,09 разу з показником 0,82.

Таблиця 1

Характеристика санітарно-епідемічної ситуації

Показник	2021 рік			2022 рік			2023 рік			6-ть місяців 2024 року		
	Всього аналізів	Не відповідає стандарту (нормативу)		Всього аналізів	Не відповідає стандарту (нормативу)		Всього аналізів	Не відповідає стандарту (нормативу)		Всього аналізів	Не відповідає стандарту (нормативу)	
		1	2		1	2		1	2		1	2
Характеристика якості води												
Проби води з водойм I категорії	161	3	5	129		2	176		17	129	-	50
Проби води з водойм II категорії	559	12	6	556	13	1	571	8	8	876	-	
Проби води із джерел централізованого водопостачання населення	2162	113	293	9919	148	189	11279	146	354	4219	25	5
В тому числі:												
- Комунальні	1146	-	5	7817	40	15	9033	12	50	4040	11	5
- Відомчі	145	-	5	295	-	2	242	1	1	107	2	-
- Сільських водопроводів	117	8	1	68	14	4	120	21	5	72	12	-
Проби води із джерел децентралізованого водопостачання населення	356	2	5	235	5	4	231	6	4	3493	191	154
Характеристика якості повітря												
Проби атмосферного повітря міських поселень	7404	210	-	5815	154	-	5484	198	-	3350	30	-
Проби атмосферного повітря сільських поселень	4684	-	-	3863	-	-	4191	-	-	2258	10	-

Продовження таблиці 1

<i>Характеристика якості ґрунту</i>												
Всього проведено досліджень	249	1	-	297	1	-	248	-	-	192	-	-
В тому числі												
- в місцях зберігання токсичних відходів	10	-	-	22	1	-	14	-	-	9	-	-
- території вирощування сільськогосподарської продукції	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- території в місцях застосування пестицидів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ґрунт у зоні житлових масивів	103	-	-	301	-	-	393	-	-	62	-	-
- дитячих майданчиків та закладів	93	-	-	80	-	-	77	-	-	38	-	-
<i>Якість та безпека продуктів харчування/ проби харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками</i>												
Усього проб	4401			2367			4810			2644		
Не відповідали нормативам	34			18			43			4		
Питома вага проб, які не відповідали нормативам, %	0,77			0,76			0,89			0,15		

Примітка: 1 - за санітарно-хімічними, 2- бактеріологічними показниками.

Таблиця 2

Захворюваність населення на інфекційні хвороби

Захворюваність населення в розрахунку на 100 тис відповідного населення

Відповідно наказу Міністерства охорони здоров'я України 30 липня 2020 року № 1726 який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 р. за № 1333/35616 «Перелік інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації»

Захворювання	2020 рік		2021 рік		2022 рік		2023 рік		6-ть місяців 2024 року	
	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	діти	дорослі	Діти	дорослі
Ботулізм	-	-	-	0,01	-	0,03	-	0,03	-	0,01
Бруцельоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вірусна хвороба Чикунгунья	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вірусні геморагічні гарячки невідомої етіології	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Віспа (натуральна)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Віспа (вітряна)	45,10	0,99	34,91	0,41	25,85	0,55	70,96	1,45	103,75	1,67
Вроджений сифіліс	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Вроджені інфекції: Хвороба, яку спричинює вірус Зіка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гарячка денге	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гарячка Західного Нілу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гонококова інфекція	-	-	-	-	-	0,16	-	0,13	-	0,04
Гострий гепатит А	0,07	0,07	-	0,01	0,14	-	0,50	0,30	3,06	0,50
Гострий та хронічний гепатит В	0,04	0,66	-	0,29	0,04	0,84	0,07	0,86	0,04	0,33
Гострий поліомієліт	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D	0,04	0,98	-	0,49	0,07	0,83	-	0,69	-	0,39
Гранулоцитарний анаплазмоз людини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Грип	3,57	1,45	-	-	1,62	1,07	2,56	0,74	1,08	0,51
Дирофіліаріоз	-	-	-	-	-	-	-	0,01	-	-
Дифтерія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica	0,04	-	-	0,01	-	-	0,04	0,01	-	-
Ентерогеморагічна Escherichia coli інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Епідемічний паротит	0,15	-	0,11	0,01	0,14	0,01	0,14	-	-	-
Ехінококоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Жовта гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кампілобактеріальний ентерит	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 2

Кашлюк	1,82	-	-	-	0,18	-	1,12	-	26,06	0,16
Кір	0,18	0,01	-	-	-	-	0,04	-	0,04	-
Кліщовий енцефаліт	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Коронавірусна хвороба (COVID- 19)	54,71	305,42	175,70	582,02	233,21	449,82	33,30	67,82	9,32	13,25
Краснуха	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Крим-Конго геморагічна гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Криптоспоридіоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ку-гарячка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сифіліс	-	-	-	0,23	0	0,24	-	0,16	-	0,07
Сказ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Скарлатина	3,24	0,01	1,53	0,07	1,22	0,01	40,18	0,08	20,09	0,01
Лейшманіоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Лептоспіроз	-	0,04	-	0,11	-	0,06	0,04	0,24	-	0,04
Лістеріоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01
Лямбліоз	3,06	0,57	4,70	0,77	5,15	1,09	5,72	1,29	1,30	0,46
Малярія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Менінгококова інфекція	-	-	0,04	-	0,04	0,01	0,11	0,01	0,14	0,01
Моноцитарний ерліхіоз людини	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Пневмококові інфекції (у т.ч. Пневмонія стрептококова, групи В)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Правець	-	-	-	-	-	-	0,04	-	0,04	-
Природжений токсоплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сальмонельоз	0,51	0,93	1,24	0,41	0,94	0,62	0,54	0,36	0,25	0,04
Сибірка	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Токсоплазмоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Трихinelоз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Туберкульоз органів дихання	0,29	2,28	0,69	2,24	0,43	2,77	0,47	3,44	0,22	1,59
Туберкульоз інших органів	-	0,09	0,29	0,06	0,04	0,16	0,07	0,10	0,07	0,06
Туляремія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хантавірусна інфекція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба Кройцфельда- Якоба	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хвороба Лайма	0,18	0,21	0,18	0,15	0,65	1,10	0,94	0,82	0,25	0,21
Хвороба легіонерів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 2

Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Черевний тиф та паратиф	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чума	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шигельоз	0,04	-	0,04	-	0,04	0,01	0,04	0,04	0,04	-
Смертність населення внаслідок інфекційних хвороб										
	2020		2021		2022		2023		Перше півріччя 2024	
Померло дорослих, кількість	-	809	-	2293	-	550	-	74	-	54
Показник на 100 тис дорослого населення	-	60,0	-	169,9	-	40,8	-	5,5	-	4,0
Померло дітей, кількість	1	-	4	-	3	-	1	-	-	-
Показник на 100 тис дитячого населення	0,4	-	1,5	-	1,1	-	0,4	-	-	-

У 2023 році зниження показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: гострий та хронічний гепатит С, Е, D – в 1,4 разу з показником 0,69, грип – в 1,96 разу з показником 0,74, коронавірусна хвороба (COVID-19) – в 4,5 разу з показником 67,82, сальмонельоз – в 2,58 разу з показником 0,36,

Захворюваність дитячого населення на інфекційні хвороби.

У 2023 році зростання показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: віспа (вітряна) – в 1,6 разу з показником 70,96, гепатит А- в 7,1 разу з показником 0,5 (за перше півріччя 2024 року показник захворюваності склав 3,06, що в 43,7 разу перевищує показник 2020 року), гострий та хронічний гепатит В – в 1,75 рази з показником 0,07, скарлатина – в 12,4 разу з показником 40,18, лямбліоз – в 1,87 разу з показником 5,72, сальмонельоз в – 1,06 разу з показником 0,54, туберкульоз органів дихання - в 1,62 разу з показником 0,47, хвороба Лайма – в 5,2 разу з показником 0,94.

У 2023 році зниження показника захворюваності у зрівнянні з 2020 роком: грип – в 1,39 разу з показником 2,56, кір – в 4,5 разу з показником 0,04, коронавірусна хвороба (COVID-19) – в 1,64 разу з показником 33,3

Показник захворюваності залишився без змін: Ентерит, спричинений *Yersinia enterocolitica* з показником 0,04.

При цьому: гонококова інфекція реєструвалася серед дорослого населення у 2022 та 2023 роках з показниками відповідно 0,16 та 0,13; сифіліс реєструвався серед дорослого населення у 2021, 2022 та 2023 роках з показниками відповідно 0,23, 0,24 та 0,16; дирофіляріоз реєструвався у дорослого населення у 2023 році з показником 0,01; правець реєструвався у

дітей у 2023 та 2024 роках з показниками 0,04. Менінгококова інфекція реєструвалася у 2021 році серед дітей з показником 0,04, у 2022 році серед дітей і дорослих із показниками відповідно 0,04 та 0,01, у 2023 році серед дітей і дорослих із показниками відповідно 0,11 та 0,01, у 2024 році серед дітей і дорослих із показниками відповідно 0,14 та 0,01.

Смертність дорослого населення. За роками дослідження в наслідок інфекційних хвороб померла наступна кількість дорослого населення: 809, 2293, 550, 74, 54. Відповідно найвищий показник було зареєстровано у 2021 (169,9) році, а найменший у 2023 (5,5) році.

Смертність дитячого населення. Було зареєстровано наступну кількість випадків смертності дітей в наслідок інфекційних хвороб: 2020 рік – 1, 2021 рік – 4, 2022 рік – 3, 2023 рік – 1.

Далі аналізувалися ресурси з надання медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах, представлені дані наведено в табл. 3.

Таблиця 3

Ресурси з надання медичної допомоги населенню при інфекційних хворобах

Показник	2020 рік	2021 рік	2022 рік	2023 рік	9-ть місяців 2024 року
Амбулаторна допомога дорослому населенню					
Кількість спеціалізованих кабінетів	20	20	20	20	20
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	41,75	34,75	36,0	26,25	26,0
Забезпеченість посадами на 10 тис дорослого населення	0,31	0,26	0,27	0,19	0,19
Амбулаторна допомога дитячому населенню					
Кількість спеціалізованих кабінетів	7	8	8	9	9
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	6,5	6,5	4,75	3,75	2,5
Забезпеченість посадами на 10 тис дитячого населення	0,23	0,23	0,18	0,14	0,09
Стаціонарна допомога дорослому населенню					
Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих	650	915	360	265	260
Забезпеченість ліжками на 10 тис дорослого населення	4,72	6,74	2,67	1,96	1,93
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню	30,0	32,0	33,25	43,75	48,5
Кількість госпіталізованих хворих	9523	13458	9634	9038	6721
Робота ліжка, кількість днів на рік	270,0	213,8	189,0	268,7	207,2

Продовження таблиці 3

Стационарна допомога дитячому населенню					
Кількість ліжок інфекційного профілю для дітей	210	86	110	115	108
Забезпеченість ліжками на 10 тис дитячого населення	7,82	3,12	3,71	4,26	4,01
Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дитячому населенню	9,25	9,0	10,0	10,25	10,5
Кількість госпіталізованих хворих	3122	2096	2068	3044	2142
Робота ліжка, кількість днів на рік	114,0	110,3	150,3	176,6	151,2
Інші ресурси					
Кількість бак лабораторій	15	14	14	13	13
Кількість посад лікарів лаборантів бак лабораторій	26,5	26,5	29,5	32,5	34,5
% укомплектованість посад лікарів лаборантів	86,8	86,8	88,1	73,85	70,0
Кількість посад лаборантів бак лабораторій	85	85	78	70	74
% укомплектованість посад лаборантів	94	95,3	95,0	94,3	93,2

Аналіз наведених в табл.3 даних вказує на наступне.

Ресурси для надання спеціалізованої медичної допомоги дорослому населенню. Кількість спеціалізованих кабінетів для надання амбулаторної допомоги в області складала 20, але при цьому кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання допомоги дорослому населенню скорочена в 1,6 разу і склала в 2024 році 26,0 посад з рівнем забезпеченості ними 0,19. Кількість ліжок інфекційного профілю для дорослих скорочена в 2,5 разу з їх кількістю в 2024 році 260 що складає забезпеченість ліжками в розрахунку на 10 тис дорослого населення- 1,93. Кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання стаціонарної допомоги дорослому населенню збільшена в 1,6 разу і становить в 2024 році 48,5. Кількість госпіталізованих хворих скоротилася в 1,05 разу і в 2023 році склала 9038. Кількість госпіталізованих хворих за дев'ять місяців 2024 року склала 6721. При цьому робота ліжка в 2023 році практично відповідала показнику 2020 року - 268,7 днів на рік. Найнижчий показник роботи госпітального ліжка зареєстровано в 2022 році - 189,0 днів на рік.

Ресурси для надання спеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню. Кількість спеціалізованих кабінетів для надання амбулаторної допомоги дитячому населенню збільшена на 2 і склала 9. Але при цьому кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання амбулаторної допомоги дитячому населенню скорочена в 2,6 разу і склала 2,5, що в середньому становить 0,39 посади на спеціалізований кабінет. Кількість госпітальних ліжок інфекційного профілю для дітей скорочена в 1,94 разу і становить в 2024 році 108. При цьому кількість посад лікарів-інфекціоністів для надання

стаціонарної допомоги дитячому населенню збільшена на 1,25 посади і склала 10,5 посади. Кількість госпіталізованих хворих дітей коливається від 2068 в 2022 році до 3122 в 2020 році. За дев'ять місяців 2024 року кількість госпіталізованих хворих дітей склала 2142. Робота ліжка коливається від 110,3 в 2021 році до 176,6 днів на рік в 2023 році. За дев'ять місяців 2024 року ліжко працювало 151,2 днів.

Інші ресурси. Кількість бактеріологічних лабораторій скорочена на дві і в 2024 році склала 13. При цьому кількість посад лікарів лаборантів бактеріологічних лабораторій збільшена в 1,3 разу і склала 34,5 з рівнем їх укомплектованості 70,0%. Кількість посад лаборантів бактеріологічних лабораторій скорочена в 1,17 разу і склала 74,0 з рівнем їх укомплектованості 93,2%.

Проведений аналіз дає можливість говорити про негативний вплив війни проти російської воєнної агресії на санітарно-епідеміологічний стан та рівень захворюваності населення віддаленого від зони активних бойових дій регіону яким є Івано-Франківська область.

Фейса С.В.,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри терапії та сімейної медицини ФПОДП
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Важливість правильного харчування при цирозі печінки (ЦП), на жаль, часто недооцінюється, хоча «адаптований до печінки» харчовий раціон (ХР) є так само важливий, як і медикаментозна терапія цього захворювання. Реалії сьогодення є такими, що багато пацієнтів з цирозом печінки не дотримуються жодної дієти через брак власних знань щодо особливостей харчового раціону при цій патології, адже професійну консультацію лікаря-дієтолога отримує лише незначна частка таких хворих [1].

Впродовж десятиліть в пострадянських країнах дієтотерапія (ДТ) цирозу печінки базувалася на так званій дієті №5 за Певзнером, проте станом на сьогодні цей підхід повністю переглянутий і провідною медичною спільнотою не підтримується [2], оскільки деякі з пунктів «дієти №5» виявилися доволі суперечливими та патогенетично необґрунтованими.

Більшість літературних джерел стверджують, що поки печінка виконує свої функції (компенсований тип цирозу печінки), потреби в особливих дієтичних інтервенціях нема [3]. Дієтотерапія стає необхідною, коли є ознаки недоїдання: втрата м'язової маси і/або підшкірної жирової клітковини, збільшення води в тканинах (набряки, пастозність). Маса тіла і навіть індекс маси тіла (ІМТ) можуть помилково залишатися нормальними, оскільки втрата м'язів і жирової тканини маскується накопиченням води у вигляді асцити або набряку. Якщо потрібно виміряти фактичний ступінь недоїдання, корисно виміряти клітинну масу тіла за допомогою біоімпедансного аналізу (БІА) [3].

Мета дієти при цирозі печінки: покращення функціонального стану печінки, зменшення набрякового синдрому, профілактика та зменшення проявів енцефалопатії, а також корекція функціонального стану інших органів та систем [2]. Завданнями ДТ є: забезпечення достатнього споживання білка та правильних типів білка, покриття енерговитрат організму, збільшення споживання харчових волокон, введення в ХР амінокислот з розгалуженим ланцюгом, зменшене споживання натрію, обмеження рідини та підвищене споживання калію [3].

Пацієнти повинні дотримуватися принципів раціонального (здорового) харчування. Легка звичайна дієта (ЛЗД) [3] витіснила «органозахисні дієти», які протягом тривалого часу змушували багатьох пацієнтів із захворюваннями печінки, підшлункової залози, шлунку, жовчного міхура або кишечника дотримуватися дієтичних режимів, які були надто обмежувальними. ЛЛЗД – це тип дієти, який призначений лише для уникнення таких симптомів, як відчуття тиску або повноти, біль, нудота, здуття живота або діарея, які можуть виникнути після їжі. Якщо пацієнт страждає від харчової непереносимості,

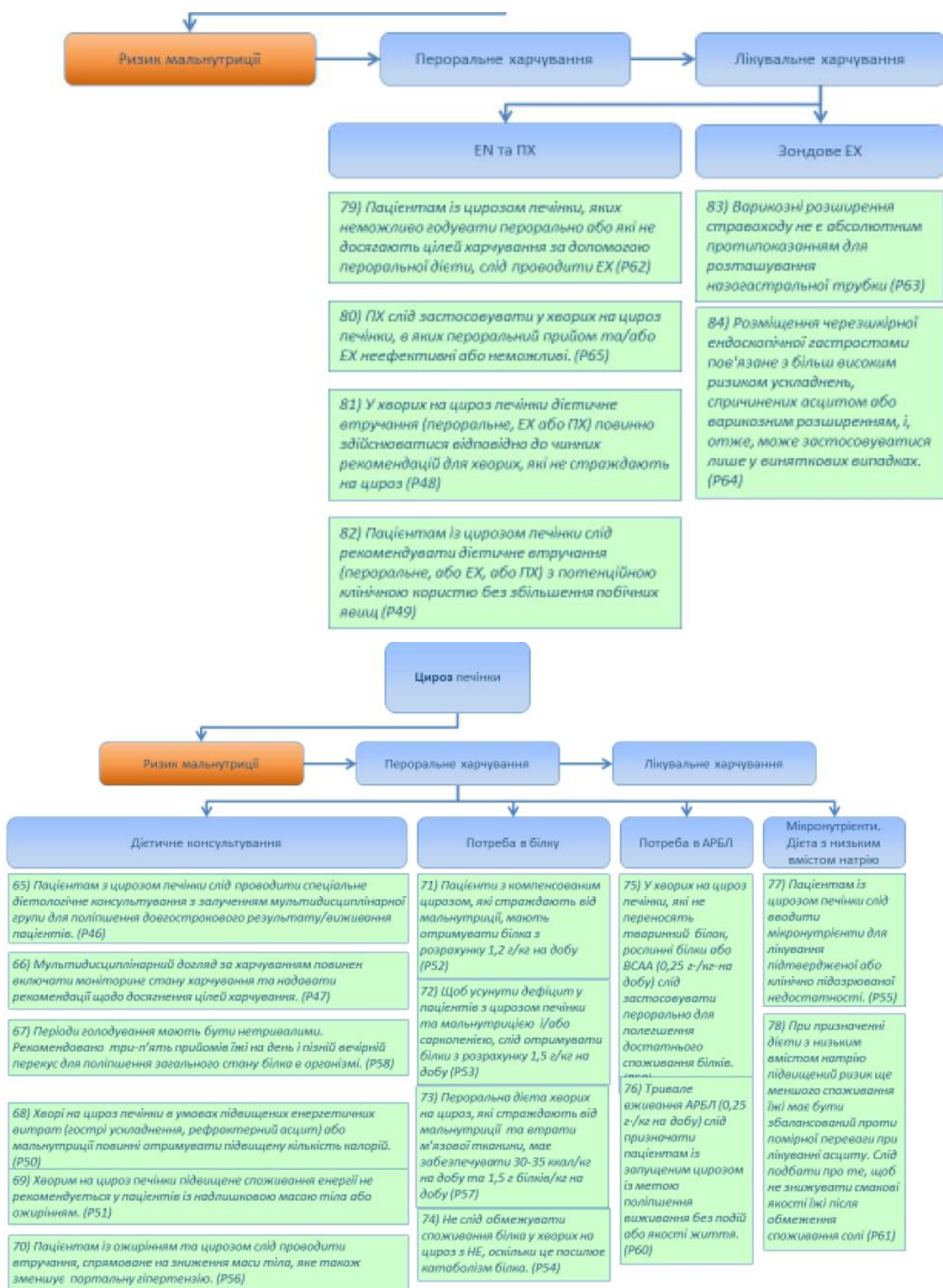
слід рекомендувати намагатися уникати всіх продуктів, які можуть викликати неприємні симптоми. У цьому можуть допомогти індивідуальні поради дієтологів. Щоб визначити, що з продуктів є допустимим, а що менш корисним для окремого індивідуума, варто рекомендувати вести особистий «харчовий щоденник», в який записувати все, що було з'їдене за день (із зазначенням кількості у грамах чи мілілітрах) та зазначати, чи з'являлися після цього симптоми непереносимості. У разі появи таких, обов'язково деталізувати кожен із симптомів. Таким чином, складається індивідуальний харчовий щоденник конкретного пацієнта, що буде відображенням власного «харчового портрету» пацієнта та ляже в основу індивідуального списку дозволених та заборонених страв – саме цей список вважається основою харчового раціону пацієнта з індивідуальною непереносимістю окремих продуктів [3].

Слід зменшити інтервал між прийомами їжі, вживаючи три-п'ять прийомів їжі на день, і рекомендувати пізній вечірній перекус для поліпшення загального балансу білка в організмі [4] (ступінь В, сильний консенсус 100%). Обов'язковою є повна заборона алкоголю. Вуглеводний перекус пізно ввечері покращує обмін білків при ЦП [5]. У систематичному огляді C.Tsien та співавтори [5] показали, що пізній перекус покращує азотний баланс незалежно від складу або типу рецептури, тому скорочення періодів без їжі завдяки пізньому перекусу є перспективною концепцією, що дозволяє подолати анаболічну резистентність та саркопенію при цирозі.

Згідно клінічного протоколу діагностики та лікування цирозу печінки, (Наказ МОЗ України №1734 від 10.10.2024 р.) [6], дієта пацієнтів з компенсованим ЦП залежить від його етіології і наявності ускладнень та ґрунтується виключно на доказових даних щодо потреб таких пацієнтів в основних харчових складниках. Порушення дієти може бути пов'язане з багатьма супутніми симптомами, такими, як діарея, здуття живота, підвищене газоутворення, болі в череві. Зміна ХР може полегшити симптоми, а також попередити розвиток ускладнень ЦП (а саме, печінкової енцефалопатії). При наявності ускладнень ЦП необхідне чітке нормування кількості вживаного білку (особливо, тваринного походження). Страви необхідно готувати методом відварювання, припускання у невеликій кількості води, овочевого відвару, на пару, тушкування з овочами, невеликою кількістю сметани, запікання у фользі чи в духовій шафі.

Вважається, що ні в якому разі не можна обмежувати споживання білка, оскільки ЦП завжди супроводжується пригніченням білково-синтетичної функції печінки [7], що зрештою приводить до білкової недостатності. Добове споживання білка має становити близько 1,2 г на кг маси тіла [3]. Відповідно до опублікованих даних, пацієнти повинні споживати 30-35 ккал/кг маси тіла і 1,2-1,5 г/кг маси тіла на добу білків [4].

Дієтотерапія пацієнтів з цирозом печінки згідно рекомендації ESPEN (Plauth M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease, 2019) проілюстрована малюнком 1.



Мал. 1. Рекомендації щодо дієтичного харчування пацієнтів з цирозом печінки згідно з Plauth M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease, 2019. Джерело: [6]

Енергопостачання. Потреба в енергії може бути розрахована за наступною формулою [3]: Нормальна вага (зріст у сантиметрах мінус 100) помножена на 35 = потреба в енергії в кілокалоріях на день. Цей розрахунок

враховує енергетичний вміст усіх харчових продуктів, включно з харчовим білком, який не є основним джерелом енергії.

Приклад: Чоловікові зростом 174 см під час перебування в лікарні потрібно близько 2600 кілокалорій ($174 - 100 = 74$, 74 помножити на $35 = 2590$ ккал). Ця дієта повинна включати від 90 г (компенсований цироз, хороший харчовий статус) до 120 г (декомпенсований цироз, гіпотрофія) білка. 1 грам білка забезпечує 4 кілокалорій (ккал) енергії [3].

Пацієнтам із ЦП із надмірною вагою не рекомендується знижувати калорійність. Хворим із декомпенсованим цирозом печінки не слід худнути (за винятком асцитів). Окрім жирової тканини, організм також розщеплює білок, і це посилює печінкову енцефалопатію. Розпад власного білка організму призводить до підвищення рівня аміаку в крові [8]. Енергетичне підживлення при декомпенсованій формі цирозу печінки при необхідності можна здійснювати за допомогою жирів або вуглеводів [7]. Не слід забороняти хворим вживати вершкове масло.

Хворі на цироз печінки в умовах підвищених енергетичних витрат (гострі ускладнення, рефрактерний асцит) або мальнутриції повинні вживати збільшену кількість калорій. (ступінь GPR, сильний консенсус 100%) [4]. Загалом енергетичні потреби у пацієнтів із компенсованим цирозом не вищі, ніж у здорових осіб. У пацієнтів з цирозом печінки знижується рівень фізичної активності [9] і, отже, зменшуються енергетичні витрати внаслідок фізичної активності. Хворі на цироз страждають від природного перебігу захворювання, як правило, спонтанно зменшуючи споживання їжі [3]. Тому рекомендується по можливості вимірювання енергетичних витрат. Пероральне харчування, ентеральне харчування (ЕХ) або парентеральне харчування (ПХ) використовували у короткострокових та довгострокових дослідженнях у декомпенсованих та/або пацієнтів з цирозом печінки з мальнутрицією з деякими перевагами щодо захворюваності і смертності [6,7,10,11].

Пацієнтам з цирозом печінки із надлишковою масою тіла або ожирінням підвищене споживання енергії не рекомендується (ступінь GPR, сильний консенсус 100%) [6]. Ожиріння призводить до розвитку портальної гіпертензії. Останню можна зменшити шляхом зміни способу життя протягом 16 тижнів з використанням низькокалорійної дієти і збільшення фізичних навантажень у пацієнтів з цирозом [12]. Отже, підвищене споживання калорій не рекомендується пацієнтам із цирозом та ожирінням. Пацієнтам із ожирінням та цирозом слід проводити втручання, спрямоване на зменшення маси тіла, що знижує портальну гіпертензію (ступінь В, сильний консенсус 100%) [6].

Часто внаслідок поганого апетиту, швидкого насичення (наприклад, через асцит), слабкості та втоми споживання їжі є неадекватним [13,14]. Крім того, поганий смак лікарняної їжі або дієти з низьким вмістом натрію [14] можуть бути причиною повної або часткової відмови від їжі, що веде до дефіциту основних макро- та мікронутрієнтів. Якщо пацієнти не отримують адекватного харчування під час звичайного прийому їжі, слід розглянути

можливість використання продуктів для штучного ентерального харчування [6].

Навіть при декомпенсованому ЦП не слід одразу переводити пацієнтів на діету зі зниженим вмістом білка. Навпаки, пацієнти, які часто страждають від значного дефіциту білка та енергії, повинні споживати білка 1,5 г/кг щодня, або приблизно 100-120 г білка на день [7]. Добову норму білка в ХР зменшують лише у тих випадках, коли внаслідок споживання їжі із високим вмістом білка виникає та прогресує печінкова енцефалопатія (ПЕП), розвиток якої не спостерігається у разі обмеженого вживання білкової їжі [15]. Це ознака непереносимості білка, що є доволі рідкою причиною ПЕП. Більш поширеними та частими тригерами енцефалопатії є інфекції, кровотечі, наркотики, порушення функції нирок або тривалий закріп [15,16].

У пацієнтів з ЦП поширеними є мальнутриція, втрата білка та дефіциту мікроелементів [11]. Також спостерігається прогресивне погіршення вуглеводного, білкового та ліпідного обмінів, що характеризується виснаженням пулу глікогену в печінці, порушенням неокисного метаболізму глюкози та зниженням темпу синтезу альбумінів. Пацієнти із мальнутрицією мають прогнозовано гіршу виживаність в порівнянні з пацієнтами без мальнутриції [17]. Щоб компенсувати дефіцит у пацієнтів з цирозом печінки та мальнутрицією і/або саркопенією, необхідно приймати 1,5 г білка/ кг маси тіла на добу (ступінь В – сильний консенсус 100%) [6]. Пацієнтам із саркопенічним цирозом, включаючи пацієнтів із саркопенічним ожирінням, може знадобитися більший рівень споживання білка разом із фізичними вправами для відновлення м'язової маси. В дослідженнях встановлено, що споживання великої кількості білка сприяло збільшенню обводу м'язів руки, міцності рукостискання та альбуміну [18,19]. Пероральна дієта пацієнтів з цирозом, які страждають від мальнутриції та втрати м'язової тканини, має забезпечувати споживання калорій у кількості 30-35 ккал/ кг маси тіла на добу [19].

Як показано в рандомізованому контрольованому дослідженні J. Cordoba та співавт. [15], обмеження споживання білка не має переваг щодо клінічного перебігу гострої печінкової енцефалопатії та може посилити катаболізм білка. Після цього дослідження догму про обмеження споживання білка для пацієнтів з цирозом з печінковою енцефалопатією була остаточно відкинута, і всі зусилля були зосереджені на забезпеченні адекватного споживання білка у цих пацієнтів.

Потреба в амінокислотах з розгалуженими бічними ланцюгами (АРБЛ). Відомо, що у пацієнтів з цирозом печінки, які не переносять білок, слід застосовувати перорально рослинні білки або АРБЛ (0,25 г/кг маси тіла на добу) для забезпечення достатнього рівня споживання білка. (ступінь рекомендації В, консенсус 89%) [6]. Мета-аналіз виявив знижену смертність у підгрупі пацієнтів з поганою переносимістю білка [20]. Після успішного лікування портальної гіпертензії через TIPS, пацієнти з цирозом, котрі отримували нормальну їжу (відповідно до рекомендацій ESPEN), змогли поліпшити склад свого тіла [12,21]. У дуже рідкісних випадках, коли у

пацієнта з цирозом, який «не переносить білок», розвивається енцефалопатія при прийомі нормальної кількості змішаного білка, дієта із споживанням рослинного білка може бути корисною. Огляди стосувались цього питання [22,23], але дані рандомізованих контрольованих досліджень, що порівнювали б ізокалорійну та ізонітрогенну схеми відсутні.

Немає даних із досліджень, що порівнювали б стандартну ентеральну формулу та ентеральну формулу, збагачену АРБЛ, у пацієнтів з цирозом. У двох найбільших дослідженнях (174 та 646 пацієнтів) пероральні добавки з АРБЛ (упродовж 12 та 24 місяців) були корисними для запобігання прогресуючої печінкової недостатності та поліпшення вмісту сурогатних маркерів і якості життя, пов'язаної зі здоров'ям [24,25]. У пацієнтів з цирозом печінки після епізоду печінкової енцефалопатії добавки з АРБЛ, які отримували протягом 12 місяців, полегшували мінімальну печінкову енцефалопатію та збільшували м'язову масу, але кількість рецидивів явної печінкової енцефалопатії не зменшувалася порівняно з контрольною групою [26]. У дослідженнях, автори яких повідомляли про сприятливий вплив на психічний стан та / або метаболізм білка, пацієнти отримували АРБЛ у дозі 0,20-0,25 г/кг маси тіла на добу [27,28] або 30 г/кг маси тіла на добу [26]. У Кокранівському мета-аналізі виявлено загальний сприятливий вплив АРБЛ на психічний стан [29].

Енергетичні добавки запобігають використанню будь-яких речовин організму (наприклад, м'язової тканини) як джерела енергії або для задоволення потреби в білку. Для енергетичного підживлення найчастіше використовують такий продукт як Мальтодекстрин 19 – порошок нейтрального смаку, який отримують із кукурудзяного крохмалю, 1 грам якого містить 3,8 кілокалорій. Мальтодекстрин легко утилізується організмом і добре переноситься. Його можна використовувати в солодких та гострих стравах різної температури (як холодних, так і гарячих). На 100 грам їжі слід вводити не більше 10 г мальтодекстрину. Проте вживання продуктів для енергетичного підживлення (мальтодекстрин) не підходить діабетикам, оскільки підвищення рівня глюкози в крові після його вживання відбувається надзвичайно швидко. Подібні продукти слід використовувати лише з ретельним контролем рівня цукру в крові та відповідною корекцією в разі необхідності. З метою енергетичного підживлення можна використовувати й такі продукти як вершкове масло, маргарин або олію [3]. Маючи 9 кілокалорій на грам, жир є найбільш енергетично багатим продуктом. Наприклад, для енергетичного збагачення пудинг можна приготувати на вершках замість молока. Калорійність супів і соусів можна легко підвищити за допомогою масла або маргарину, а картопляного пюре - додаванням вершків та масла. Обмеження на вживання жиру встановлюється лише тоді, коли у пацієнта виражена атерогенна дисліпідемія або при його поганій переносимості [3].

Етіологія захворювання печінки сама по собі не впливає на поширеність і ступінь мальнутриції та виснаження білка, а більша поширеність та більш виражений ступінь мальнутриції у алкоголіків [8], ймовірно, є наслідком додаткових факторів, включаючи нездоровий спосіб життя та соціально-

економічну депривацію. Склад тіла пацієнтів з цирозом суттєво змінений і характеризується виснаженням білка та накопиченням загальної кількості води в організмі, що може проявлятися навіть у пацієнтів із ранньою стадією захворювання (клас А за Чайлдом-П'ю) [8]. Це відбувається паралельно з затримкою натрію і тому рідко буває пов'язано з гіпернатріємією. Часто відбувається виснаження калію, магнію, фосфату та інших внутрішньоклітинних мінералів. Дефіцит водорозчинних вітамінів, головним чином вітамінів групи В, є загальним явищем при цирозі, особливо алкогольного походження [3,6,8]. Дефіцит жиророзчинних вітамінів спостерігається при стеатореї, пов'язаній з холестазом, дефіциті жовчних солей та у алкоголіків. При цирозі печінки мальабсорбція пов'язана з більш високою поширеністю асцити і гепаторенального синдрому, більшою тривалістю перебування в лікарні і витратами на лікування [7,8], а також більш високою смертністю [6].

Вуглеводи. Вуглеводи є основним джерелом енергії для організму. Як і жир, вони не підвищують рівень токсинів у крові. 1 г вуглеводів забезпечує організм 4 кілокалоріями (ккал). До продуктів, багатих вуглеводами, належать: цукор, солодоші, фрукти, хліб, борошно, картопля, молоко та овочі. **Грубі харчові волокна** (клітковина) знижують «рівень токсинів». Неперетравлювані грубі харчові волокна (відносять до вуглеводів) [3] сприяють травленню, знижують рівень цукру в крові, знижують рівень холестерину та покращують відчуття ситості. Для пацієнтів з цирозом печінки особливо важливо, щоб харчова клітковина виводила токсини в кишечник. Час проходження через кишечник також покращується, зменшуючи кількість утворених токсинів. Харчова кашка швидше рухається по кишечнику, в результаті чого утворюється і всмоктується менша кількість токсинів. Знижується ризик розвитку печінкової енцефалопатії. Дієта з високим вмістом клітковини часто має побічні ефекти (здуття живота, відчуття повноти або біль у животі). Організм повинен поступово звикати до дієти з високим вмістом клітковини. Важливо вживати достатню кількість рідини, тому що груба клітковина повинна вбирати воду і об'єм. Якщо рідина обмежена, дієта з високим вмістом клітковини неможлива. У цьому випадку також не можна використовувати концентрати грубих харчових волокон (наприклад, насіння *Plantago ovata*, висівкові продукти, вівсяні висівки, пектинові концентрати). Продукти з високим вмістом клітковини включають: хліб грубого помелу, хрусткий хліб, фрукти, овочі, картопля, коричневий рис, локшину грубого помелу або висівки [3].

Жири. Даючи 9 кілокалорій (ккал) енергії на грам, жир є найбільш енергетичним продуктом харчування [3], який не підвищує токсичний рівень аміаку при печінковій енцефалопатії, використовується як джерело енергії та як накопичувач енергії в організмі. Споживання тваринних жирів не повинно бути занадто високим, а споживання рослинних – занадто низьким. Приблизно у 40% пацієнтів з цирозом печінки порушується перетравлення жирів. Це також може вплинути на всмоктування жиророзчинних вітамінів (А, D, Е і К), що може призвести до їх дефіциту і потребує парентерального

введення вказаних нутрієнтів у цих пацієнтів [3,4,6,8]. При стеатореї можна використовувати спеціальний жир (МСТ-жир) [3]. МСТ - це аббревіатура для середньоланцюгових тригліцеридів. МСТ-жири можуть всмоктуватися в кишечнику навіть за відсутності жовчних кислот і надходити в організм як джерело енергії. МСТ-жири не містяться в харчових продуктах. Жири МСТ необхідно вводити, використовуючи поетапне збільшення дози. Якщо стеаторея присутня, дієта повинна бути з низьким вмістом жиру, а споживання жиру має бути переважно у формі жирів МСТ.

У пацієнтів з цирозом печінки може спостерігатися дефіцит водорозчинних вітамінів, особливо тіаміну, і жиророзчинних вітамінів, таких як вітамін D [4,7,10]. Як і за інших умов, прийом мікронутрієнтів не має доведеного терапевтичного ефекту, крім профілактики або корекції дефіцитних станів. Добавки цинку та вітаміну А, полегшуючи дисгевзію, можуть одночасно покращити споживання їжі та стан харчування [10]. Дефіцит цинку та селену спостерігався у пацієнтів з алкогольною та неалкогольною хворобою печінки [8,10]. Описано зв'язок між печінковою енцефалопатією та дефіцитом цинку [4].

На підставі патофізіології асцити зазвичай рекомендується помірно споживання натрію з їжею (60 ммоль/добу) [13,14,30]. У пацієнтів з цирозом, які страждали на асцит, на дієті з низьким вмістом натрію, показники захворюваності та смертності були нижчими у пацієнтів, які отримували збалансовану дієту з АРБЛ з або без парентеральної підтримки, порівняно з тими, хто перебував лише на дієті з низьким вмістом натрію [4,30D]. Особливо високий вміст натрію є в таких продуктах/стравах: готові до подачі страви, солоні оселедці, готові салати, консервовані овочі, фастфуд, оселедець (молодий), ковбаса, сир, готові супи, готові соуси та закуски [3]. Слід уникати вживання консервованих овочів, готових супів і готових до споживання страв. Щоб їжа була смачною, рекомендується рясне використання трав і спецій [3]. Смак їжі також можна покращити за допомогою часнику, цибулі-порей, цибулі, помідорів, гірчиці з низьким вмістом натрію або хрону [3].

Мінеральні води з низьким вмістом натрію: дозволені мінеральні води до 100 мг натрію на літр. Мінеральні води з низьким вмістом натрію визначаються як води, що містять менше 20 мг натрію на літр [3].

Калій. Багата на калій дієта особливо важлива для пацієнтів, які приймають діуретики для виведення рідини, оскільки інакше може виникнути дефіцит калію. Особливо багаті на калій усі види рослин (особливо капуста, картопля, трави, помідори, м'якоть помідорів, гриби), авокадо, абрикоси, банани, фрукти та сухофрукти [3].

Вода. Обмеження кількості випитої рідини потрібне лише при занадто низькому рівні натрію в крові або при набряках чи асциті. Обсяг споживання слід зменшити до 500-1000 мл. При невеликому споживанні рідини слід вибирати тільки ті напої, які втамовують спрагу. Молоко, змішані напої, солодкі безалкогольні напої або чаї та мінеральні води з високим вмістом натрію не підходять. У всіх інших випадках кількість рідини, що випивається, повинна становити 1,5-2 л, як і у здорових людей [3].

Пацієнтам із цирозом печінки, яких неможливо годувати перорально або які не досягають цілей харчування за допомогою пероральної дієти, повинні отримувати ентеральне харчування, а у разі неможливості його проведення – парентеральне [4,21,30].

Отже, харчовий раціон пацієнтів з цирозом печінки повинен бути різноманітним та збалансованим, а його корекція – направленою на задоволення основних харчових потреб організму для забезпечення оптимального функціонування за умови порушення роботи печінки при її циротичній перебудові. Лікування пацієнтів з ЦП передбачає обов'язкове консультування лікарем-дієтологом, який призначає та контролює дієтичні інтервенції, оскільки дієтотерапія є обов'язковим елементом лікування хворих на цироз печінки.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Rasenack J. Diagnosis and therapy of chronic liver and biliary diseases. Falk foundation e.V.. 17th edition 2020. – 58 p.
2. Дієтологія: підручник /Н.В.Харченко, Г.А. Анохіна та ін. – Київ: Меридіан, 2012. – 528 с.
3. Mathias Plauth. A guide for patients with liver diseases including guidelines for nutrition: Nutrition and dietetics in cirrhosis of the liver and other chronic liver diseases. Falk foundation e.V.. 13th edition 2015. – 72 p.
4. Цироз печінки. Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ, 2024. <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>
5. Tsien CD, McCullough AJ, Dasarathy S. Late evening snack: exploiting a period of anabolic opportunity in cirrhosis. J Gastroenterol Hepatol. 2012;27:430-41.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Цироз печінки компенсований. Наказ МОЗ України №1734 від 10 жовтня 2024 року.
7. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis, 2018
8. Rossi RE, Conte D, Massironi S. Diagnosis and treatment of nutritional deficiencies in alcoholic liver disease: Overview of available evidence and open issues. Dig Liver Dis. 2015;47:819-25.
9. Berzigotti A, Albillos A, Villanueva C, Genesca J, Ardevol A, Augustin S, et al. Effects of an intensive lifestyle intervention program on portal hypertension in patients with cirrhosis and obesity: The SportDiet study. Hepatology. 2017;65:1293-305.
10. Ney M, Vandermeer B, van Zanten SJ, Ma MM, Gramlich L, Tandon P. Meta-analysis: oral or enteral nutritional supplementation in cirrhosis. Aliment Pharmacol Ther. 2013;37:672-9.
11. Cabre E, Gonzalez-Huix F, Abad-Lacruz A, Esteve M, Acero D, Fernandez-Banares F, et al. Effect of total enteral nutrition on the short-term

outcome of severely malnourished cirrhotics. A randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 1990;98:715-20.

12. Rudler M, Cluzel P, Corvec TL, Benosman H, Rousseau G, Poynard T, et al. Early-TIPSS placement prevents rebleeding in high-risk patients with variceal bleeding, without improving survival. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;40:1074–1080.

13. Allard JP, Chau J, Sandokji K, Blendis LM, Wong F. Effects of ascites resolution after successful TIPS on nutrition in cirrhotic patients with refractory ascites. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:2442-7.

14. Morando F, Rosi S, Gola E, Nardi M, Piano S, Fasolato S, et al. Adherence to a moderate sodium restriction diet in outpatients with cirrhosis and ascites: a real-life cross-sectional study. *Liver Int*. 2015;35:1508-15.

15. Cordoba J, Lopez-Hellin J, Planas M, Sabin P, Sanpedro F, Castro F, et al. Normal protein diet for episodic hepatic encephalopathy: results of a randomized study. *J Hepatol*. 2004;41:38-43.

16. Merli M, Iebba V, Giusto M. What is new about diet in hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis*. 2016;31:1289-94.

17. Maharshi S, Sharma BC, Sachdeva S, Srivastava S, Sharma P. Efficacy of Nutritional Therapy for Patients With Cirrhosis and Minimal Hepatic Encephalopathy in a Randomized Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14:454-60.e3; quiz e33.

18. Gheorghe L, Iacob R, Vadan R, Iacob S, Gheorghe C. Improvement of hepatic encephalopathy using a modified high-calorie high-protein diet. *Rom J Gastroenterol*. 2005;14:231-8.

19. Hanai T, Shiraki M, Nishimura K, Ohnishi S, Imai K, Suetsugu A, et al. Sarcopenia impairs prognosis of patients with liver cirrhosis. *Nutrition*. 2015;31:193-9.

20. Ripoll C, Garcia-Tsao G. Treatment of gastropathy and gastric antral vascular ectasia in patients with portal hypertension. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007;10:483–494.

21. Loser C, Aschl G, Hebutterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition--percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clin Nutr*. 2005;24:848-61.

22. Kamath P, Lacerda M, Ahlquist D, McKusick MA, Andrews JC, Nagorney DA. Gastric Mucosal Responses to intrahepatic portosystemic shunting in patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2000;118:905–911.

23. Zhou Y, Qiao L, Wu J, Hu H, Xu C. Comparison of the efficacy of octreotide, vasopressin, and omeprazole in the control of acute bleeding in patients with portal hypertensive gastropathy: a controlled study. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:973–979.

24. Hung HH, Chang CJ, Hou MC, Liao WC, Chan CC, Huang HC, et al. Efficacy of non-selective beta-blockers as adjunct to endoscopic prophylactic treatment for gastric variceal bleeding: a randomized controlled trial. *J Hepatol* 2012;56:1025–1032.

25. Lo GH, Liang HL, Chen WC, Chen MH, Lai KH, Hsu PI, et al. A prospective, randomized controlled trial of transjugular intrahepatic portosystemic shunt vs. cyanoacrylate injection in the prevention of gastric variceal rebleeding. *Endoscopy* 2007;39:679–685.
26. Les I, Doval E, Garcia-Martinez R, Planas M, Cardenas G, Gomez P, et al. Effects of branched-chain amino acids supplementation in patients with cirrhosis and a previous episode of hepatic encephalopathy: a randomized study. *Am J Gastroenterol.* 2011;106:1081-8.
27. Marchesini G, Bianchi G, Merli M, Amodio P, Panella C, Loguercio C, et al. Nutritional supplementation with branched-chain amino acids in advanced cirrhosis: a double-blind, randomized trial. *Gastroenterology.* 2003;124:1792-801.
28. Muto Y, Sato S, Watanabe A, Moriwaki H, Suzuki K, Kato A, et al. Effects of oral branched-chain amino acid granules on event-free survival in patients with liver cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:705-13.
29. Gluud LL, Dam G, Les I, Marchesini G, Borre M, Aagaard NK, et al. Branched-chain amino acids for people with hepatic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5:Cd001939.
30. Gu XB, Yang XJ, Zhu HY, Xu BY. Effect of a diet with unrestricted sodium on ascites in patients with hepatic cirrhosis. *Gut Liver.* 2012;6:355-61.

ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ НА СТАН РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ МОЗ УКРАЇНИ З НАДАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

Доступність та якість медичної допомоги населенню значною мірою залежить від рівня її ресурсного забезпечення.

Виходячи із цього нами проведено дослідження щодо ресурсного забезпечення надання офтальмологічної допомоги дитячому населенню України та впливу на нього війни проти російської воєнної агресії. Досліджувалося забезпечення системи надання офтальмологічної допомоги дитячому населення лікарськими ресурсами та госпітальними спеціалізованими ліжками закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2020-2022 роки – передвоєнний період та перший рік війни проти російської воєнної агресії.

Інформаційною базою дослідження стали дані центру медичної статистики центру громадського здоров'я МОЗ України [1-3].

В табл. 1 наведено динаміку штатних посад лікарів - офтальмологів дитячих в закладах охорони здоров'я МОЗ України за 2020-2022 роки.

Таблиця 1

Штатні посади лікарів - офтальмологів дитячих в закладах охорони здоров'я МОЗ України, 2020-2022 рр

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	567,50	574,25	539,75	- 27,75
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	22,75	25,75	21,75	- 1,0
Волинська	14,00	13,25	15,50	+ 1,50
Дніпропетровська	45,00	45,50	40,75	- 4,25
Донецька	17,25	18,25	18,75	+ 1,5
Житомирська	20,00	20,00	20,50	+ 0,5
Закарпатська	14,25	14,50	16,00	+ 1,75
Запорізька	30,50	31,00	18,50	- 12,0
Івано-Франківська	23,50	23,00	23,50	-
Київська	19,75	16,50	15,50	- 4,25
Кіровоградська	9,50	11,50	11,50	+ 2,0
Луганська	8,75	7,50	5,75	- 3,0
Львівська	42,25	41,75	43,25	+ 1,0
Миколаївська	10,25	11,25	9,50	- 0,75
Одеська	26,50	27,50	28,75	+ 2,25
Полтавська	20,25	20,50	19,75	- 0,5
Рівненська	21,75	21,50	19,00	- 2,75

Сумська	17,50	16,75	15,50	- 2,0
Тернопільська	19,25	17,75	18,25	- 1,0
Харківська	38,00	40,00	37,75	- 0,25
Херсонська	14,50	14,50	12,50	- 2,0
Хмельницька	19,75	22,00	19,75	-
Черкаська	11,00	8,25	7,50	- 3,5
Чернівецька	10,00	11,75	8,50	- 1,5
Чернігівська	13,75	14,50	11,50	- 2,25
м. Київ	77,50	79,50	80,25	+ 2,75
м. Севастополь	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл.1 даних вказує на те, що в закладах охорони здоров'я МОЗ України за 2020-2022 роки скорочено 27,75 штатних посад лікарів - офтальмологів дитячих. При цьому скорочення відповідних штатних посад зареєстровано на території 15 (60,0%) регіонів. На території 8 (32,0%) регіонів зареєстровано їх збільшення, а на території 2 (8,0%) регіонів змін не зареєстровано. Найбільшу кількість посад лікарів - офтальмологів дитячих було скорочено в закладах охорони здоров'я Запорізької (12), Дніпропетровської та Київської (по 4,25) областей. Найбільше збільшення кількості посад лікарів - офтальмологів дитячих було зареєстровано в закладах охорони здоров'я м. Києва і Одеської (по 2,25) області та Кіровоградської (2) області.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу рівня укомплектованості штатних посад лікарів - офтальмологів дитячих в закладах охорони здоров'я МОЗ України в динаміці 2020-2022 років. Отримані дані наведено в табл.2.

Таблиця 2

Укомплектованість штатних посад лікарів - офтальмологів дитячих в закладах охорони здоров'я МОЗ України, 2020-2022 рр

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	80,62	77,75	79,71	- 0,91
АР Крим	-	-	-	
Вінницька	71,43	62,14	70,11	- 1,32
Волинська	82,14	90,57	77,42	- 4,72
Дніпропетровська	71,11	67,03	76,07	+ 4,96
Донецька	84,06	76,71	54,67	- 29,39
Житомирська	83,75	83,75	78,05	- 5,70
Закарпатська	100,00	89,66	92,19	- 7,81
Запорізька	77,87	78,23	97,30	+ 19,43
Івано-Франківська	92,55	86,96	86,17	- 6,38
Київська	49,37	54,55	53,23	+ 3,86
Кіровоградська	97,37	89,13	89,13	- 8,24

Продовження таблиці 2

Луганська	85,71	76,67	65,22	-	20,49
Львівська	98,22	94,01	94,22	-	4,00
Миколаївська	90,24	93,33	86,84	-	3,40
Одеська	69,81	63,64	69,57	-	0,24
Полтавська	72,84	74,39	83,54	+	10,07
Рівненська	77,01	79,07	81,58	+	4,57
Сумська	75,71	77,61	77,42	+	1,71
Тернопільська	79,22	84,51	84,93	+	5,71
Харківська	84,87	81,88	80,13	-	4,74
Херсонська	100,00	89,66	74,00	-	26,0
Хмельницька	91,14	80,68	94,94	+	3,80
Черкаська	72,73	72,73	86,67	+	13,94
Чернівецька	97,50	87,23	97,06	-	0,44
Чернігівська	94,55	86,21	82,61	-	11,94
м. Київ	71,61	69,50	74,14	+	2,53
м. Севастополь	-	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл.2 даних вказує на те, що в 2022 році у зрівнянні з 2020 роком в цілому в закладах охорони здоров'я які підпорядковані МОЗ України зареєстровано тенденцію до скорочення рівня укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих з їх рівнем 79,71%.

Скорочення рівня укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 15 (60,0%) регіонів. Найбільший рівень скорочення зареєстровано на території Донецької – на 29,39% з показником 54,67% та Луганської – на 20,49% з показником 65,22% областей.

Збільшення рівня укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 10 (40,0%) регіонів. Найбільший рівень збільшення рівня укомплектованості вказаних посад зареєстровано на території Запорізької - на 19,43% з показником 97,3% та Черкаської - на 23,94% з показником 86,67%.

Необхідно зазначити, що в закладах охорони здоров'я 7 (28,0%) регіонів рівень укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих становить менше 75%, що відповідно до доказового менеджменту не може забезпечити доступну та якісну спеціалізовану медичну офтальмологічну допомогу дитячому населенню. Самі низькі показники укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровані в закладах охорони здоров'я Київської (53,23%) та Донецької (54,67%) областей.

Далі вивчалось питання щодо посад лікарів-офтальмологів дитячих у поліклініках та їх укомплектованість та їх зрівняння за 2020 та 2022 роки. Отримані дані наведено в табл.3.

Таблиця 3

**Посади лікарів-офтальмологів дитячих у поліклініках та їх
укомплектованість**

Адміністративна територія	штатні посади		зайняті посади		укомплектованість штатних посад зайнятими	
		2022	2020	2022	2020	2022
Україна	428,75	388,25	340,25	309,50	79,36	79,72
АР Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	15,75	13,50	10,75	10,75	68,25	79,63
Волинська	8,50	10,00	6,25	7,00	73,53	70,00
Дніпропетровська	37,00	31,50	25,00	22,75	67,57	72,22
Донецька	14,25	14,50	12,25	8,75	85,96	60,34
Житомирська	15,25	15,00	13,00	11,75	85,25	78,33
Закарпатська	11,25	11,50	11,25	10,50	100,00	91,30
Запорізька	21,25	9,75	15,50	9,25	72,94	94,87
Івано-Франківська	17,25	17,50	17,00	15,25	98,55	87,14
Київська	16,25	12,50	7,50	6,00	46,15	48,00
Кіровоградська	5,75	7,75	5,50	6,50	95,65	83,87
Луганська	7,25	5,00	6,00	3,50	82,76	70,00
Львівська	29,75	36,75	29,00	34,25	97,48	93,20
Миколаївська	8,00	7,25	7,00	6,25	87,50	86,21
Одеська	25,00	23,25	18,00	16,25	72,00	69,89
Полтавська	14,75	14,75	10,25	12,25	69,49	83,05
Рівненська	17,50	15,25	14,00	13,00	80,00	85,25
Сумська	14,25	12,50	11,00	9,25	77,19	74,00
Тернопільська	16,50	15,25	12,75	12,50	77,27	81,97
Харківська	26,25	27,00	23,25	21,75	88,57	80,56
Херсонська	10,00	8,00	10,00	5,25	100,00	65,63
Хмельницька	17,25	17,00	15,75	16,00	91,30	94,12
Черкаська	8,00	4,00	5,00	3,50	62,50	87,50
Чернівецька	6,50	4,75	6,25	4,50	96,15	94,74
Чернігівська	10,50	9,00	9,75	7,25	92,86	80,56
м. Київ	54,75	45,00	38,25	35,50	69,86	78,89
м. Севастополь	-	-	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на те, що частка штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих для надання амбулаторної медичної допомоги дітям склала в 2020 році 75,6% та в 2022 році 71,9%.

Скорочення рівня кількості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих поліклінічного рівня надання медичної допомоги зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 17 (68,0%) регіонів. Найбільший рівень скорочення зареєстровано на території Черкаської (2,0 рази) та Запорізької (2,2 разу) областей.

Збільшення рівня кількості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих поліклінічного рівня надання медичної допомоги зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 7 (28,0%) регіонів. Найбільший

рівень збільшення рівня укомплектованості вказаних посад зареєстровано на території Львівської (1,3 разу) з показником 36,75 посад.

В закладах охорони здоров'я Полтавської області кількість вказаних посад залишилася без змін – 14,75.

Скорочення рівня укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих поліклінічного рівня зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 16 (64,0%) регіонів, а збільшення рівня укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 9 (36,0%) регіонів.

Необхідно зазначити, що в закладах охорони здоров'я 8 (32,0%) регіонів рівень укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих в поліклініках становить менше 75%, що відповідно до доказового менеджменту не може забезпечити доступну та якісну спеціалізовану амбулаторну медичну офтальмологічну допомогу дитячому населенню. Самі низькі показники укомплектованості штатних посад лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровані в закладах охорони здоров'я Київської (48,0%), Донецької (60,34%) та Херсонської (65,63%) областей.

Наступним кроком дослідження стало вивчення питання щодо атестації лікарів-офтальмологів дитячих за 2020 - 2022 роки. Отримані дані наведено в табл. 4.

Таблиця 4

**Дані про атестацію лікарів-офтальмологів дитячих у закладах
МОЗ України**

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	81,7	77,6	77,3	- 4,4
АР Крим	-	--	-	-
Вінницька	70,6	73,3	66,7	- 3,9
Волинська	81,8	58,3	81,8	-
Дніпропетровська	81,3	74,2	63,6	- 17,7
Донецька	69,2	71,4	100,0	+ 30,8
Житомирська	92,9	92,9	85,7	- 7,2
Закарпатська	87,5	84,6	92,9	+ 5,4
Запорізька	92,0	84,6	89,5	- 2,5
Івано-Франківська	81,0	75,0	73,7	- 7,3
Київська	80,0	87,5	75,0	- 5,0
Кіровоградська	66,7	66,7	70,0	+ 3,3
Луганська	85,7	66,7	83,3	- 2,4
Львівська	88,1	88,4	90,5	+ 2,4
Миколаївська	50,0	63,6	55,6	+ 5,6
Одеська	81,0	85,7	85,0	+4,0
Полтавська	100,0	90,9	75,0	- 25,0
Рівненська	88,9	66,7	73,7	- 15,2
Сумська	90,0	88,9	88,9	1,1
Тернопільська	87,5	72,2	81,3	- 6,2

Продовження таблиці 4

Харківська	80,6	75,7	81,3	+ 0,7
Херсонська	91,7	90,9	91,7	-
Хмельницька	78,6	60,0	66,7	- 11,9
Черкаська	100,0	100,0	85,7	- 14,3
Чернівецька	64,7	73,3	66,7	+ 2,0
Чернігівська	80,0	81,8	80,0	-
м. Київ	75,9	72,7	65,6	- 10,3
м. Севастополь	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на те, що частка атестованих лікарів-офтальмологів дитячих у 2022 році у зрівнянні з 2020 роком скоротилася на 4,4% і склала 77,3%.

Скорочення частки атестованих лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 13 (52,0%) регіонів з найвищим рівнем в Дніпропетровській області на 17,7% з рівнем в 2022 році 63,6%.

Збільшення частки атестованих лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 10 (40,0%) регіонів з найвищим рівнем в Донецькій області на 30,8% з рівнем 100 %.

В закладах охорони здоров'я Волинської (81,8%) та Херсонської (91,7%) області частка атестованих лікарів-офтальмологів дитячих залишилася без змін.

В 2022 році гранична частка атестованих лікарів-офтальмологів дитячих в розрізі регіонів коливалася в 1,8 разів: від 55,6% в Миколаївській до 100% в Донецькій області.

Далі вивчалася питання щодо динаміки кількості фізичних осіб лікарів-офтальмологів дитячих в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України. Отримані результати наведено в табл.5

Таблиця 5

Фізичні особи лікарі-офтальмологи дитячі

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	453	427	437	- 16
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	17	15	15	- 2
Волинська	11	12	11	-
Дніпропетровська	32	29	33	+ 1
Донецька	13	12	9	- 4
Житомирська	14	14	14	-
Закарпатська	16	13	14	- 2
Запорізька	25	25	19	- 6
Івано-Франківська	21	19	19	- 3
Київська	10	7	8	- 2
Кіровоградська	9	9	10	+ 1
Луганська	7	6	6	- 1
Львівська	42	41	42	-

Продовження таблиці 5

Миколаївська	10	10	9	- 1
Одеська	21	19	20	- 1
Полтавська	11	11	12	+ 1
Рівненська	18	16	19	+ 1
Сумська	10	9	9	- 1
Тернопільська	16	18	16	-
Харківська	36	32	32	- 4
Херсонська	12	11	12	-
Хмельницька	14	15	15	+ 1
Черкаська	7	6	7	-
Чернівецька	17	12	15	- 2
Чернігівська	10	11	10	-
м. Київ	54	55	61	+ 7
м. Севастополь	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл. 5 даних вказує на те, що кількість лікарів-офтальмологів дитячих у 2022 році у зрівнянні з 2020 роком скоротилася на 16 і в 2022 році склала 437.

Скорочення кількості лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 13 (52,0%) регіонів з найвищим рівнем в Донецькій області на Донецькій (4) та Запорізькій (6) області.

Збільшення кількості атестованих лікарів-офтальмологів дитячих зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 5 (20,0%) регіонів з найвищим рівнем в м. Києві – 7 осіб.

В закладах охорони здоров'я 7 регіонів кількість фізичних осіб, лікарів-офтальмологів дитячих залишилася без змін.

Далі, в табл.6 наведені дані про забезпеченість дитячого населення лікарями-офтальмологами дитячими в закладах охорони здоров'я система МОЗ України.

Таблиця 6

Забезпеченість дитячого населення лікарями-офтальмологами дитячими, система МОЗ України

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	0,06	0,06	0,06	-
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	0,06	0,05	0,05	- 0,01
Волинська	0,05	0,05	0,05	-
Дніпропетровська	0,06	0,05	0,06	-
Донецька	0,04	0,03	0,03	- 0,01
Житомирська	0,06	0,06	0,06	-
Закарпатська	0,06	0,04	0,05	- 0,01
Запорізька	0,09	0,09	0,07	- 0,02
Івано-Франківська	0,08	0,07	0,07	- 0,01

Продовження таблиці 6

Київська	0,03	0,02	0,02	- 0,01
Кіровоградська	0,05	0,06	0,06	+ 0,01
Луганська	0,07	0,06	0,06	+ 0,01
Львівська	0,09	0,09	0,09	-
Миколаївська	0,05	0,05	0,05	-
Одеська	0,04	0,04	0,04	-
Полтавська	0,05	0,05	0,05	-
Рівненська	0,07	0,07	0,07	-
Сумська	0,06	0,06	0,06	-
Тернопільська	0,08	0,09	0,08	-
Харківська	0,08	0,09	0,08	-
Херсонська	0,06	0,06	0,06	-
Хмельницька	0,06	0,06	0,07	+ 0,01
Черкаська	0,04	0,04	0,04	-
Чернівецька	0,09	0,08	0,08	- 0,01
Чернігівська	0,06	0,07	0,07	+ 0,01
м. Київ	0,09	0,10	0,11	+ 0,02
м. Севастополь	-	-	-	-

Аналіз даних, що наведені в табл. 6 та їх співставлення із даними табл. 5 вказують на те, що динаміка забезпеченості дитячого населення лікарями-офтальмологами дитячими відповідає в регіональному аспекті динаміці кількості фізичних осіб лікарів-офтальмологів.

При цьому гранична різниця вказаного показника за регіонами становить 5,5 разів: від 0,02 в Київській області до 0,11 в м. Києві.

Далі вивчалоя питання щодо динаміки за період дослідження кількості дитячих спеціалізованих офтальмологічних ліжок. Отримані дані наведено в табл.7.

Таблиця 7

Кількість дитячих спеціалізованих офтальмологічних ліжок

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	728	717	699	- 29
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	30	20	20	- 10
Волинська	15	23	28	+ 13
Дніпропетровська	60	70	71	+ 11
Донецька	20	20	20	-
Житомирська	15	19	19	+ 4
Закарпатська	30	30	30	-
Запорізька	30	30	30	-
Івано-Франківська	30	15	30	-
Київська	10	10	10	-
Кіровоградська	20	20	20	-
Луганська	15	10	5	- 10
Львівська	65	67	25	- 40

Продовження таблиці 7

Миколаївська	20	20	20	-
Одеська	15	10	10	- 5
Полтавська	30	30	35	+ 5
Рівненська	15	15	10	- 5
Сумська	30	35	30	-
Тернопільська	20	20	20	-
Харківська	65	65	65	-
Херсонська	35	35	35	-
Хмельницька	15	15	18	+3
Черкаська	33	33	33	-
Чернівецька	30	10	10	- 20
Чернігівська	30	25	25	- 5
м. Київ	50	70	80	+30
м. Севастополь	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл. 7 даних вказує на те, що кількість дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок у 2022 році у зрівнянні з 2020 роком скоротилася на 29 і в 2022 році склала 699.

Скорочення кількості дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 7 (28,0%) регіонів з найвищим рівнем в Львівській області – 40 ліжок.

Збільшення кількості дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 6 (24,0%) регіонів з найвищим рівнем в м. Києві – 30 ліжок.

В закладах охорони здоров'я 12 (48,0%) регіонів кількість дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок залишилася без змін.

Далі, в табл. 8 наведені дані про забезпеченість дитячого населення дитячими спеціалізованими госпітальними офтальмологічними ліжками, в закладах охорони здоров'я система МОЗ України.

Таблиця 8

Забезпеченість дитячими спеціалізованими офтальмологічними ліжками, на 10000 дитячого населення

Адміністративна територія	2020	2021	2022	2022 до 2020
Україна	0,18	0,17	0,17	- 0,01
АР Крим	-	-	-	-
Вінницька	0,20	0,13	0,13	- 0,07
Волинська	0,15	0,23	0,27	+ 0,12
Дніпропетровська	0,19	0,23	0,23	+ 0,04
Донецька	0,11	0,05	0,11	-
ОТР	0,13	0,16	0,16	+ 0,03
Закарпатська	0,24	0,24	0,24	-
Запорізька	0,18	0,18	0,18	-
Івано-Франківська	0,22	0,11	0,22	-
Київська	0,06	0,06	0,06	-

Продовження таблиці 8

Кіровоградська	0,22	0,22	0,22	-
Луганська	0,22	0,15	0,07	- 0,15
Львівська	0,26	0,27	0,10	- 16
Миколаївська	0,18	0,18	0,18	-
Одеська	0,06	0,04	0,04	- 0,02
Полтавська	0,22	0,22	0,26	+ 0,04
Рівненська	0,13	0,13	0,09	- 0,04
Сумська	0,29	0,34	0,29	-
Тернопільська	0,19	0,20	0,20	+ 0,01
Харківська	0,25	0,25	0,25	-
Херсонська	0,34	0,35	0,35	+ 0,01
Хмельницька	0,12	0,12	0,15	+ 0,03
Черкаська	0,28	0,29	0,29	+ 0,01
Чернівецька	0,34	0,11	0,11	- 0,23
Чернігівська	0,31	0,26	0,26	- 0,05
м. Київ	0,17	0,24	0,27	+ 0,10
м. Севастополь	-	-	-	-

Аналіз наведених в табл. 7 даних вказує на те, що кількість дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок у 2022 році у зрівнянні з 2020 роком скоротилася на 29 і в 2022 році склала 699 госпітальних ліжок.

Скорочення кількості дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 7 (28,0%) регіонів з найвищим рівнем в Львівській області – 40 ліжок.

Збільшення кількості дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок зареєстровано в закладах охорони здоров'я на території 6 (24,0%) регіонів з найвищим рівнем в м. Києві – 30 ліжок.

В закладах охорони здоров'я 12 (48,0%) регіонів кількість дитячих спеціалізованих офтальмологічних госпітальних ліжок залишилася без змін.

Таким чином, поведений аналіз динаміки ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я системи МОЗ України з надання офтальмологічної допомоги дитячому населенню в передвоєнний період (2020, 2021 роки) та перший рік війни проти російської воєнної агресії (2022 рік) вказав на негативний вплив на неї війни, особливо у регіонах частина із яких є тимчасово окупованими та знаходяться в зоні активних бойових дій, або наближеними до них.

Список інформаційних джерел та літератури

1. Надання медичної допомоги дітям 0-17 років включно з хворобами ока та придаткового апарату за 2020 рік. Київ – 2021. <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html>
2. Надання медичної допомоги дітям 0-17 років включно з хворобами ока та придаткового апарату за 2021 рік. Київ – 2022. <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXI.html>
3. Надання медичної допомоги дітям 0-17 років включно з хворобами ока та придаткового апарату за 2022 рік. Київ – 2023. <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXII.html>

Наукове видання

СУЧАСНІ МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНІ ПРОБЛЕМИ УКРАЇНИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Колективна монографія

За заг. ред. проф. І.С. Миронюка та проф. Г.О. Слабкого

Гарнітура Times New Roman

Формат 60х84/16.

Ум.друк.арк. 12,09. Обл.вид.арк. 11,81.

Зам. № 5. Наклад 300 прим.

Оригінал-макет виготовлено

у редакційно-видавничому відділі ДВНЗ «УжНУ»

88000, м. Ужгород, вул. Заньковецької, 89.

E-mail: dep-editors@uzhnu.edu.ua

Видавництво УжНУ «Говерла».

88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18.

*Свідоцтво про внесення до державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції*

Серія 3т № 32 від 31 травня 2006 року

С 91

Сучасні медико-демографічні проблеми України та шляхи їх вирішення: колективна монографія / за заг. ред. проф. І.С. Миронюка та проф. Г.О. Слабкого. – Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2025. 208 с. **ISBN 978-617-8321-47-5**

У монографії розглянуто актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні, її особливості в умовах реформування, теоретичні та практичні аспекти діяльності під час воєнного стану та в мирний час. Висвітлено різноманітні аспекти громадського здоров'я на сучасному етапі: оцінка якості медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я, виклики та перспективи реформування, питання безперервної освіти лікарів, сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні, розвиток доказової медицини.

Монографія призначена для науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів, студентів, аспірантів, лікарів різних фахів та широкого кола науковців, які цікавляться питаннями розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

УДК 61:314.1:167.1(477)(02.064)