

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КЕРЕЦМАН АНЖЕЛІКА ОЛЕКСІЇВНА

УДК 616-058/616-036.8:616.33/.37

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ОЦІНКА ДЕМОГРАФІЧНИХ ВТРАТ,
СПРИЧИНЕНИХ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА
ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ЇХ
МІНІМІЗАЦІЇ**

14.02.03- соціальна медицина

Галузь знань: 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ А.О. Керецман

Науковий керівник: **Рингач Наталія Олександрівна** – доктор наук
державного управління, професор, головний науковий співробітник Інституту
демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи

Ужгород – 2018

АНОТАЦІЯ

***Керецман А.О.* Медико – соціальна оцінка демографічних втрат, спричинених хворобами органів травлення та обґрунтування функціонально – організаційної моделі їх мінімізації. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.02.03 – «Соціальна медицина» (галузь знань: 22 – Охорона здоров'я). – Ужгородський національний університет, Ужгород, 2018.

Дисертація виконана в Ужгородському національному університеті, м. Ужгород, 2018.

Дисертація захищається в Ужгородському національному університеті, м. Ужгород, 2018.

Дисертація присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – науковому обґрунтуванню функціонально-організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення (ХОТ) на регіональному рівні.

Для досягнення наукової мети дослідження поставлені завдання були комплексними та базувалися на системному підході. Обсяги дослідження були визначені на основі вимог щодо його проведення, що забезпечило отримання репрезентативних результатів.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, виконання якої передбачалося в шість організаційних етапів з використанням системного підходу, що забезпечило комплексність дослідження та отримання достовірної інформації для оцінки об'єкту дослідження.

В ході проведеного дослідження встановлено, що стан здоров'я дорослого населення Закарпатської області у 2016 році характеризується значною питомою вагою хвороб органів травлення у структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення регіону всіх вікових груп (відповідно 11,0% та 7,3%).

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

Водночас, в динаміці за 2006 – 2016 рр. відмічається тенденція до зростання індексу накопичення хвороб (ІНХ) серед дорослого населення Закарпатської області для всіх нозологій класу ХОТ, окрім ХК. Найбільшим індексом накопичення характеризувалися хронічні гепатити (ХГ) (+40%), ХХ (+43%) та жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) (майже вдвічі).

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

Смертність від ХОТ дорослого населення Закарпатської області в 2016 р. виявилась вищою порівняно з середніми показниками по Україні в 1,4 разу, зокрема серед міського населення (в 1,5 разу) та більш суттєво для жінок – в 1,7 разу. Більшою була і частка ХОТ в структурі смертності населення Закарпатської області (5,3% проти 4,5% в Україні). При цьому, смертність від ХОТ серед міського населення була вищою, ніж серед сільського, серед чоловіків у 1,7 разу перевищувала відповідну серед жінок.

Попри тенденцію до зниження (на 22%), вищим порівняно з Україною виявився і показник втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) в Закарпатській області (на 34,1%), зокрема для жінок (на 73,2%). При цьому, для чоловічого населення втрати потенційних років життя в 1,6 раза були вищими, ніж для жінок. Водночас, на відміну від середньостатистичних показників по Україні, кількість померлих від патологій класу ХОТ в Закарпатській області з 2006 по 2016 роки зросла майже на 10%, а серед жінок майже вдвічі.

В розрізі окремих біогеохімічних зон Закарпатської області кількість абсолютних втрат та показник ВРПЖ були найвищими в низинній зоні. При порівнянні стандартизованих показників ВРПЖ, найвищі показники були встановлені у гірській зоні.

Абсолютна більшість ВРПЖ (89,6%) у 2016 р. в Закарпатській області обумовлена гострим панкреатитом (ГП), фіброзом і цирозом печінки (ФЦП) та алкогольною хворобою печінки (АХП).

Аналіз вивчення розповсюдженості шкідливих звичок на основі результатів проведеного соціологічного дослідження засвідчив значне їх поширення серед населення Закарпатської області: вживання алкогольних напоїв підтвердили в своїх відповідях $67,5 \pm 1,8\%$ респондентів, куріння зазначили $36,6 \pm 1,9\%$ опитаних. Водночас, виявлено достовірний зв'язок між наявністю шкідливої звички ($\chi^2=12,066$; $p=0,002$ для зловживання алкоголем), біогеохімічною зоною проживання ($\chi^2=26,97$; $p=0,019$), споживанням алкоголю певного виду ($\chi^2=36,721$; $p=0,001$), типу ($\chi^2=37,893$; $p=0,001$), разовою дозою його вживання та ризиком розвитку ХОТ ($\chi^2=69,449$; $p<0,0001$). Також виявлено взаємозв'язок між вживанням деяких продуктів харчування та частотою певних гастроентерологічних захворювань.

Курці демонстрували більшу частку випадків холециститу ($15,0 \pm 2,3\%$ проти $13,7 \pm 1,7\%$ тих, хто не палить), цирозу печінки ($10,2 \pm 2,0\%$ проти $8,1 \pm 1,3\%$) та майже втричі більшу частку хронічного виразкового коліту ($8,5 \pm 1,8\%$ проти $2,9 \pm 0,8\%$).

Використана для аналізу харчового раціону осіб з ХОТ регресійна модель не забезпечила достовірного прогнозу розвитку ХОТ, але, в поєднанні з результатами кластерного та факторного аналізів, дає можливість визначати та обґрунтовувати основні рекомендації щодо вживання або обмеження певних продуктів харчування вже при наявному гастроентерологічному захворюванні для профілактики їх загострень та ускладнень.

В ході дослідження встановлено, що харчові переваги не є ключовими чинниками ризику розвитку ХОТ серед респондентів.

Вивчення думки пацієнтів щодо можливого зв'язку раціону харчування і способу життя та розвитком патологій органів травлення дає підстави стверджувати про низьку обізнаність респондентів щодо окремих факторів ризику розвитку ХОТ та неготовність поступитись певними звичками заради покращення стану здоров'я.

Майже половина респондентів ($47 \pm 2,0\%$) в силу релігійних переконань дотримувались посту, причому $26 \pm 1,7\%$ з них, навіть під час загострення захворювання, $17,2 \pm 1,5\%$ опитаних виїздили за кордон на заробітки під час загострення хвороби, позбавляючи себе адекватного лікування.

Практично кожний другий опитаний (48,2%) звернувся за медичною допомогою через місяць і більше від початку проявів хвороби, практично кожний третій (27,3%) – через кілька днів, а частка осіб, що не зволікали зі зверненням за медичною допомогою є майже втричі меншою за частку осіб, що звернулися через рік і більше (6,4% проти 17,6%).

Серед основних причин пізнього звернення за медичною допомогою респонденти зазначили брак часу та коштів ($58,2 \pm 1,9\%$ і $27,1 \pm 1,7\%$), відсутність фахівця в найближчому лікувальному закладі ($10,9 \pm 1,2\%$), неможливість проведення необхідного діагностичного обстеження ($7,4 \pm 1,0\%$), водночас зазначаючи затрати власних коштів на медичні цілі ($79,3 \pm 1,6\%$).

Ці обставини визначають потребу щодо цілеспрямованої інформаційно – просвітницької роботи з населенням у цьому напрямку.

Основними соціально – економічними проблемами, які безпосередньо або опосередковано впливають на звернення з приводу наявного гастроентерологічного захворювання та отримання медичної допомоги серед населення є різна доступність медичної допомоги та зволікання зі зверненням за її отриманням.

Погіршення стану здоров'я населення Закарпатської області, значні відмінності рівнів захворюваності та поширеності хвороб органів травлення (ХОТ) та зростання як реальних, так і потенційних демографічних втрат населення регіону внаслідок передчасної смертності від ХОТ (в тому числі і від окремих гастроентерологічних захворювань), що обумовлено різною доступністю населення до медичної допомоги, відсутністю скоординованих та недосконалістю існуючих заходів профілактики захворюваності та смертності від ХОТ, зокрема передчасної у віці до 65 років, та встановлені її медико-соціальні особливості стали підставою для наукового обґрунтування та розробки функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок ХОТ на регіональному рівні.

Центральним елементом запропонованої моделі виступає населення регіону з виділенням його цільової групи, до якої відносяться хворі на ХОТ.

Стратегічним напрямком моделі є зменшення медико – демографічних наслідків в результаті захворюваності населення на ХОТ.

Тактичним напрямком моделі є усунення нерівностей у сфері охорони здоров'я з мінімізацією негативного впливу способу життя і соціально – економічних детермінант при ХОТ.

Складовими моделі є три основних організаційних напрямків:

перший – підвищення рівня відповідальності населення за своє здоров'я шляхом забезпечення здорового способу життя, що досягається за рахунок підвищення комунікацій для більш високого рівня санітарної грамотності населення в рамках первинної медичної допомоги та системи громадського здоров'я;

другий – підвищення рівня профілактичної роботи, що можливо шляхом раннього виявлення та первинної, вторинної і третинної профілактики ХОТ із залученням медичних працівників різних спеціальностей, при розробці цільових профілактичних програм, комплексного моніторингу епідситуації та ефективності медичної допомоги хворим на ХОТ;

третій – міжсекторальний підхід, який в рамках виконання цільових профілактичних програм об'єднує під керівництвом координаційної ради діяльність наступних служб: соціальних, юридичних, освіти, громадського здоров'я, недержавних організацій та забезпечує наступність при наданні медичної допомоги ЗОЗ різних типів.

Обґрунтована та запропонована модель базується на існуючій системі надання медичної допомоги населенню, удосконаленої за рахунок функціонально – організаційної оптимізації її складових.

Блок наукового регулювання моделі включає комунікації, безперервну до- та післядипломну підготовку спеціалістів, впровадження сучасних медико – організаційних технологій з доведеною ефективністю, з використанням вітчизняного та міжнародного досвіду, із залученням у процес регіональних Центрів громадського здоров'я.

Основними принципами розробленої моделі стали єдність дій на всіх рівнях управління, міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності внаслідок ХОТ, безперервність і спадкоємність заходів профілактики на всіх етапах (первинна, вторинна, третинна) і рівнях здійснення, комплексність і системність, ефективний моніторинг епідеміологічної ситуації щодо ХОТ в регіоні.

Запропонована також логічно – структурна схема реалізації функціонально –

організаційної моделі зниження смертності від ХОТ, яка характеризується новими підходами до вирішення основних проблем передчасної смертності населення внаслідок ХОТ в регіоні з використанням міжсекторального підходу у відповідності з сучасною стратегією державної політики у сфері охорони здоров'я щодо попередження передчасної смертності працездатного населення.

Запропонована модель, яка відповідає міжнародним підходам, стратегії реформування системи охорони здоров'я, позитивно оцінена експертами (9,7 балів) і рекомендується для впровадження в інших регіонах України.

Ключові слова: хвороби органів травлення, втрачені роки потенційного життя, профілактика, передчасна смертність, функціонально – організаційна модель.

СПИСОК ОСОБИСТИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Керецман А.О. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 36–41. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

2. The influence of socio-economic crisis in Ukraine on food safety and health of population (state-of-the-art review) / N.O. Runhach, A.O. Keretsman // Intermedical Journal. – 2014. – № I-III (Vol2). – P. 32–35. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу та формування висновків, написання статті).*

3. Keretsman A.O. Characteristics of death rates from malignant tumors of the digestive system in Transcarpatihon region and Ukraine / A.O. Keretsman // Intermedical Journal. – 2015. – № II-IV (Vol2). – P. 29–36.

4. Керецман А.О. Особливості епідеміології злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області та України за статтю та окремими нозологіями в динаміці за 2009-2014 рр. / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2015. – № 2 (2). – С. 99 – 104. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків, написання статті).*

5. Керецман А.О. Хвороби органів травлення: історичні паралелі змін класифікації та епідеміологічної ситуації / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Сімейна медицина. – 2015. – 4 (60). – С. 137–141. *(Дисертантові належить збір та аналіз і обробка матеріалу, формування висновків і написання статті).*

6. Керецман А.О. Гендерні особливості захворюваності та поширеності хвороб органів травлення серед дорослого населення Закарпатської області / А.О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1(33). – С. 136–143.

7. Взаємодія "держава-громада" заради здоров'я: зарубіжний досвід боротьби з неінфекційними захворюваннями / Н.О. Рингач, А.О. Керецман, О.М. Дзюба, О.Р. Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – №1 (63). – С. 35–41. *(Дисертантові належить проведення збору даних, аналіз і обробка матеріалу та їх узагальнення).*

8. Керецман А.О. Обсяг і структура втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення в Закарпатській області / А.О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 127–133.

9. Скринінг колоректального раку: світовий досвід та підходи до обґрунтування регіональної програми в Закарпатській області / Н.О. Рингач, І.М. Рогач, А.О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 196–202. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних та їх аналіз, формування висновків і написання статті).*

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

10. Керецман А.О. Еколого - гігієнічні та медико-соціальні особливості поширення захворювань органів травлення серед населення ендемічного регіону / А.О. Керецман // Матеріали 64-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 24 лютого 2010 р. – С. 45–46.

11. Керецман А.О. Структура та рівень смертності населення Закарпаття по основним нозологічним групам за 2010 – 2012 рр. / А.О. Керецман // Матеріали 68-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 26-27 лютого 2014 р. – С. 47–50.

12. Паліативна допомога при цирозі: зростання потреби / Н.О. Рингач, А.О. Керецман, В.О. Череватенко // Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних): громадськість та опікунські (наглядові) ради як інструмент залучення додаткових ресурсів для діяльності закладів соціального захисту та охорони здоров'я : матеріали III науково-практичної конференції, Київ, 26 березня 2014 р. – К. : "Талком", 2014. – С. 34–37. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

13. Особливості захворюваності професійно-специфічного контингенту дорослого населення великого міста на хвороби травлення / Н.О. Рингач, А.О. Керецман, В.О. Череватенко // Матеріали XV Конгресу СФУЛТ. Чернівці-Київ-Чикаго. 16–18 жовтня 2014 р. – К., 2014. – С.102. *(Дисертантом узагальнено результати дослідження, підготовлено тези).*

14. Хвороби органів травлення в Україні: статеві особливості / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, присвяч. 210-річчю Харківського національного медичного університету, м. Харків, 21-22 квітня 2015 р. – Харків : ХНМУ, 2015. – С. 95–96. *(Дисертантом проведено дослідження, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

15. Структурні особливості втрат внаслідок смертності: Україна та Європа / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // International Scientific-Practical Conference Modern Transformation of Economics and Management in the Era of Globalization: Conference Proceedings. Lithuania, January 29, 2016. – Klaipeda: Baltija Publishing. – 2016. – P. 234–238. *(Дисертантом проаналізовано літературу, здійснено збір даних).*

16. Керецман А.О. Сучасні реалії смертності від злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області / А.О. Керецман // Матеріали 70-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 24 лютого 2016 р. – С. 33 – 37.

17. Керецман А.О. Демографічні втрати населення Закарпатської області від хвороб органів травлення / А.О. Керецман // Матеріали 71-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 27 лютого 2017 р. – С. 26 – 29.

18. Гендерні відмінності реальних і потенційних втрат внаслідок передчасної смертності в Україні / Н.О. Рингач, Л.Й. Власик, А.О. Керецман // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, м. Харків, 20-21 квітня 2017 р. – Харків: ХНМУ, 2017. – С. 154–156. *(Дисертантом проведено аналіз наукової літератури за темою дослідження та обробка матеріалу).*

19. Керецман А.О. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб органів травлення серед дорослого населення Закарпатської області у 2006 – 2016 рр. / А.О. Керецман, І.М.Рогач // Матеріали 72-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 27 лютого 2018 р. – С. 33 – 35. *(Дисертанту належить ідея підготовки публікації, здійснено збір даних і підготовку до друку).*

20. Керецман А.О. Обізнаність щодо здорового способу життя та дотримання його принципів / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Полтавські дні громадського здоров'я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Полтава, 24 – 25 травня 2018 р. – С. 15 – 19. *(Дисертантом проаналізовано літературу та узагальнено результати дослідження).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

21. Керецман А.О. Культура харчування української учнівської молоді / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Освіта. Технікуми, коледжі. – 2017. – № 1,2 (42). – С. 122–127. *(Дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження).*

22. Визначення показника втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення: методичні рекомендації / А.О. Керецман, І.М. Рогач, Н.О. Рингач, Г.О. Слабкий // Ужгород, 2018. – 28 с. *(Дисертанту належить ідея підготовки методичних рекомендацій, збір та оформлення необхідних матеріалів та підготовка їх до друку).*

SUMMARY

Keretsman A.O. Medico-social assessment of demographic losses caused by diseases of the digestive system and substantiation of functional and organizational model of their minimization. - Qualifying scientific work on the rights of manuscripts.

Dissertation for the degree of a candidate of medical sciences (doctor of philosophy) in specialty 14.02.03 - "Social medicine" (branch of knowledge: 22 – Protection of health). – Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2018.

The thesis is presented at the Uzhgorod National University, Uzhhorod, 2018.

The thesis is defended at Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2018.

The dissertation is devoted to the decision of an important scientific and practical task of health care - a scientific substantiation of the functional and organizational model of reduction of premature mortality due to diseases of the digestive system (DDS) at the regional level.

To achieve the scientific goal of the study, the tasks were complex and based on a systematic approach. The research volume was determined on the basis of the requirements for its conduct, which ensured the receipt of representative results.

Achievement of the research goal required the development of a special program, the implementation of which was envisaged in six organizational stages using a systematic approach that ensured the complexity of the study and obtaining reliable information for the evaluation of the research object.

In the course of the study, it was determined that the health condition of the adult population of the Transcarpathian region in 2016 is characterized by a significant proportion of diseases of the digestive system in the structure of morbidity and prevalence of diseases among the population of the region of all age groups (11,0% and 7,3% respectively).

In the structure of the prevalence of DDS in adults, gastritis and duodenitis, cholecystitis and cholangitis and pancreatic diseases were the most affected. The first 3 rating places in the structure of the disease were - gastritis and duodenitis, dyspepsia and intestinal diseases.

At the same time, in the dynamics of 2006 - 2016 there is a tendency to increase the index of accumulation of diseases among the adult population of the Transcarpathian region for all nosologies of the DDS class, except for ID. The largest accumulation index

was characterized by chronic hepatitis (+ 40%), cholecystitis and cholangitis (+ 43%) and gallstone disease (housing and communal services) (almost twice).

The study of the epidemiological situation regarding DDS in the context of individual biogeochemical zones of the Transcarpathian region revealed the highest levels of morbidity and their prevalence among the adult population in the foothill zone.

The mortality rate of the adult population of the Transcarpathian region in 2016 was higher than the average for Ukraine in 1.4 times, in particular among the urban population (1,5 times) and more significantly for women – 1,7 times. The share of DDS in the mortality structure of the Transcarpathian region was also higher (5,3% vs. 4,5% in Ukraine). At the same time, mortality from DDS among urban population was higher than among rural ones, among men 1,7 times higher than the corresponding among women.

Despite the tendency to decrease (by 22,0%), the indicator of lost years of potential life in the Transcarpathian region was higher than in Ukraine (by 34,1%), in particular for women (by 73,2%). At the same time, for men, the loss of potential years of life was 1,6 times higher than for women. At the same time, unlike the average indicators of indicators in Ukraine, the number of deaths from pathologies of the DDS class in the Transcarpathian region increased by almost 10% from 2006 to 2016, and among women it almost doubled.

In the context of individual biogeochemical zones of the Transcarpathian region, the absolute losses and the indicator of the YPPL were the highest in the lowland zone. When comparing the standardized indicators of the YPPL, the highest rates were established in the mountainous zone.

The absolute majority of lost years of potential life (89,6%) in 2016 in the Transcarpathian region is caused by acute pancreatitis, fibrosis and cirrhosis of the liver and alcoholic liver disease.

The analysis of the study of the prevalence of harmful habits on the basis of the results of a sociological survey showed a significant spread among the population of the Transcarpathian region: 67,5% of respondents confirmed their use of alcoholic beverages, and 36,6% were 1,9% of the respondents. At the same time, a reliable link was found between the presence of a harmful habit ($\chi^2 = 12,066$; $p = 0,002$ for alcohol abuse), biogeochemical habitat ($\chi^2 = 26,97$; $p = 0.019$), consumption of alcohol of a certain species ($\chi^2 = 36,721$; $p = 0,001$), type ($\chi^2 = 37,893$; $p = 0,001$), single dose of its use and

risk of development of HRT ($\chi^2 = 69,449$; $p < 0,0001$). Also, there is a relationship between the consumption of certain foods and the frequency of certain gastroenterological diseases.

The smokers showed a large proportion of cases of cholecystitis ($15,0 \pm 2,3\%$ versus $13,7 \pm 1,7\%$ of non-smokers), liver cirrhosis ($10,2 \pm 2,0\%$ vs. $8,1 \pm 1,3\%$) and almost three times the share of chronic ulcerative colitis ($8,5 \pm 1,8\%$ versus $2,9 \pm 0,8\%$).

The regression model used to analyze the diet of DDS patients did not provide a reliable prediction of the development of DDS, but, combined with the results of cluster and factor analysis, makes it possible to identify and justify the main recommendations for the use or restriction of certain foods already in the presence of gastroenterological disease to prevent them. exacerbations and complications.

The study found that food preferences are not a key factor in the risk of developing DDS among respondents.

Studying the opinion of patients about the possible connection of the diet and lifestyle with the development of pathologies of the digestive system suggests that the respondents are not well aware of the individual risk factors for the development of DDS and the unwillingness to give way to certain habits in order to improve their health.

Almost half of the respondents ($47 \pm 2,0\%$), because of their religious beliefs, kept fasting, with $26 \pm 1,7\%$ of them even during the exacerbation of the disease, $17,2 \pm 1,5\%$ of the respondents traveled abroad for earnings during aggravation of the disease, depriving yourself of adequate treatment.

Almost every second respondent ($48,2\%$) applied for medical aid in a month or more from the onset of illness, almost one in three ($27,3\%$) - in a few days, and the proportion of people who did not delay with medical treatment is almost three times less than the share of people who applied for a year or more ($6,4\%$ against $17,6\%$).

Among the main reasons for late medical treatment, respondents indicated a lack of time and money ($58,2 \pm 1,9\%$ and $27,1 \pm 1,7\%$), lack of a specialist in the nearest medical institution ($10,9 \pm 1,2\%$), the impossibility of carrying out the necessary diagnostic examination ($7,4 \pm 1,0\%$), while indicating expenditures of own funds for medical purposes ($79,3 \pm 1,6\%$).

These circumstances determine the need for targeted information and educational work with the population in this direction.

The main socioeconomic problems that directly or indirectly affect the treatment of existing gastroenterological diseases and the receipt of medical care among the population are different availability of medical care and delay in obtaining treatment.

The deterioration of the health of the population of the Transcarpathian region, significant differences in the incidence and prevalence of diseases of the digestive system (DDS) and the growth of both real and potential demographic losses of the population of the region as a result of premature mortality from DDS (including from individual gastroenterological diseases), which due to different population availability to medical care, lack of coordinated and imperfect existing measures for the prevention of morbidity and mortality from DDS, in particular premature aging 65 years and established her medical and social features were the basis for scientific study and development of functional - organizational model of reducing premature mortality DDS regionally.

The central element of the proposed model is the population of the region with the allocation of its target group, which includes patients with DDS.

The strategic direction of the model is the reduction of medical and demographic consequences as a result of the morbidity of the population at the DDS.

The tactical direction of the model is the elimination of health inequalities by minimizing the negative impact of lifestyle and the socio - economic determinants of DDS.

The components of the model are three main organizational directions:

- *the first* is to increase the level of responsibility of the population for their health by ensuring a healthy lifestyle, which is achieved through increased communication for a higher level of sanitary literacy among the population within the framework of primary health care and public health systems;
- *the second* is to increase the level of preventive work that is possible through early detection and primary, secondary and tertiary prevention of DDS with the involvement of health professionals of different specialties, in the development of targeted prevention programs, integrated monitoring of the epidemiological situation and the effectiveness of medical care for patients with DDS;
- *the third* is an inter-sectoral approach that, within the framework of the implementation of targeted prevention programs, coordinates the following services: social, legal, education, public health, non-governmental organizations

under the direction of the coordination council, and ensures continuity in the provision of health care of various types.

The substantiated and proposed model is based on the existing system of provision of medical care to the population, improved by means of functional and organizational optimization of its components.

The block of scientific regulation of the model includes communications, continuous pre - and post - graduate training of specialists, implementation of modern medical and organizational technologies with proven effectiveness, using domestic and international experience, involving the regional centers of public health.

The main principles of the developed model were the unity of action at all levels of management, the cross-sectoral approach to the organization of the prevention of morbidity and mortality due to DDS, continuity and continuity of preventive measures at all stages (primary, secondary, tertiary) and levels of implementation, complexity and systemicity, effective monitoring of the epidemiological situation regarding DDS in the region.

The logical and structural scheme of the implementation of the functional and organizational model of mortality reduction from DDS is also proposed, which is characterized by new approaches to solving the main problems of premature mortality of the population as a result of DDS in the region, using an interdisciplinary approach in accordance with the modern strategy of public health policy on prevention premature mortality of the able-bodied population.

The proposed model, which corresponds to international approaches, the strategy of reforming the health care system, is positively evaluated by experts (9.7 points) and is recommended for implementation in other regions of Ukraine.

Key words: diseases of the digestive system, lost years of potential life, prevention, premature mortality, functional - organizational model.

LIST OF PERSONAL PUBLICATIONS UNDER THE THIRD DIRECTORY

Scientific papers, in which the main scientific results of the dissertation are published:

1. Keretsman A.O. Lost years of potential life as a result of premature mortality in Ukraine: volume and structure / N.O. Ryngach, A.O. Kerekman // Bulletin of Social

Hygiene and Health Care Organizations of Ukraine. – 2014. – No. 1 (59). – P. 36 –41. (The dissertation is the collection of data, analysis and processing of the material and the formation of conclusions).

2. The impact of socio-economic crisis in Ukraine on food safety and health of the population (state-of-the-art review) / N.O. Runhach, A.O. Keretsman // Intermedical Journal. – 2014. – No. I – III (Vol2). – P. 32 – 35. (The dissertation includes the idea of writing an article, analyzing the material and forming conclusions, writing an article).

3. Keretsman A.O. Characteristics of death rates from the malignant tumors of the digestive system in Transcarpathian region and Ukraine / A.O. Keretsman // Intermedical Journal. – 2015. – No. II – IV (Vol2). – P. 29 – 36.

4. Keretsman A.O. Features of epidemiology of malignant neoplasms of the digestive system of the population of the Transcarpathian region and Ukraine by gender and individual nosologies in the dynamics of 2009 – 2014 / N.O. Ryngach, A.O. Keretsman // The Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sports. – 2015. – No. 2 (2). – P. 99 – 104. (The dissertation belongs to the idea of writing an article, collecting data, analyzing and processing the material and drawing conclusions, writing a paper).

5. Keretsman A.O. Diseases of the digestive system: historical parallels of changes in classification and epidemiological situation / N.O. Ryngach, A.O. Keretsman // Family Medicine. – 2015. – 4 (60). – P. 137 – 141. (The dissertation is the collection and analysis and processing of the material, the formation of conclusions and writing of the article).

6. Keretsman A.O. Gender features of morbidity and prevalence of diseases of the digestive system among the adult population of the Transcarpathian region / A.O. Keretsman // Ukraine. The health of the nation. – 2015. – No. 1 (33). – P. 136 – 143.

7. Interaction "state-community" for health: foreign experience in the fight against non-communicable diseases / N.O. Ryngach, A.O. Keretsman, O.M. Dzyuba, O.R. Sytenko // Bulletin of social hygiene and health protection organizations of Ukraine. – 2015. – No. 1 (63). – P. 35 – 41. (The dissertation carried out the collection and analysis of the results of the study with their presentation in the main part of the publication and prepared conclusions).

8. Keretsman A.O. Volume and structure of lost years of potential life from diseases of the digestive system in the Transcarpathian region / A.O. Keretsman // Ukraine. The health of the nation. – 2016. – No. 4/1 (41). – P. 127 – 133.

9. Screening of colorectal cancer: world experience and approaches to the justification of the regional program in the Transcarpathian region / N.O. Rynkach, I.M. Rogach, A.O. Keretsman // Ukraine. The health of the nation. – 2017. – No. 3 (44). – P. 196 – 202. (The dissertation includes the idea of writing an article, analyzing literary sources on the topic, preparing the main part of the publication and graphic representation of the results).

Published research papers of approbatory character:

10. Keretsman A.O. Ecological - hygienic and medical and social features of the spread of digestive diseases among the population of the endemic region / A.O. Keretsman // Materials of the 64th final scientific conference of the faculty members of the UzhNU State Medical University, Faculty of Medicine, Uzhhorod, February 24, 2010. – P. 45 – 46.

11. Keretsman A.O. The structure and mortality rate of the population of Transcarpathia in the main nosological groups for 2010 – 2012 / AO Keretsman // Materials of the 68th final conference of the Teaching Staff of the UzhNU State Medical University, Faculty of Medicine, Uzhhorod, February 26 – 27, 2014. – P. 47 – 50.

12. Palliative care for cirrhosis: growing needs / N.O. Rynkach, A.O. Keretsman, V.O. Cherevatenko // Social policy for seriously ill (incurable): public and guardian (supervisory) councils as an instrument for attracting additional resources for the activities of social protection and health facilities: materials of the 3rd Scientific and Practical Conference, Kyiv, March 26, 2014. – K.: Talk, 2014. – P. 34 – 37 (The dissertation conducted a data analysis and prepared the material for publication).

13. Features of morbidity of a professional-specific contingent of adult population of a large city for diseases of digestion / N.O. Rynkach, A.O. Keretsman, V.O. Cherevatenko // Materials of the XV Congress of the SFULT. Chernivtsi-Kiev- Chicago. October 16 – 18, 2014. – K., 2014. – P. 102. (The dissertation summarizes the research results and draws conclusions).

14. Diseases of the digestive system in Ukraine: sexual characteristics / N.O. Ryngach, A.O. Keretsman // Gender. Ecology. Health: Materials of the IV International Scientific and Practical Conference devoted. The 210th anniversary of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, April 21 – 22, 2015. – Kharkiv: KhNMU, 2015. – P. 95 – 96. (The dissertation includes the idea of preparing a publication, analyzing the materials, making conclusions).
15. Structural features of losses due to mortality: Ukraine and Europe / N.O. Ryngach, A.O. Kerekman // International Scientific-Practical Conference Modern Transformation of Economics and Management in the Era of Globalization: Conference Proceedings. Lithuania, January 29, 2016. – Klaipeda: Baltic Publishing. – 2016. – P. 234 – 238. (The dissertation conducted the analysis of materials, prepared for publication).
16. Keretsman A.O. Modern realities of mortality from malignant neoplasms of digestive organs of the Transcarpathian region / A.O. Keretsman // Materials of the 70th Final Conference of the Teaching Staff of the UzhNU State Medical University, Faculty of Medicine, Uzhhorod, February 24, 2016. – P. 33 – 37.
17. Keretsman A.O. Demographic loss of the population of the Transcarpathian region from diseases of the digestive system / A.O. Keretsman // Materials of the 71st final conference of the teaching staff of the UzhNU State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Uzhhorod, February 27, 2017. – P. 26 – 29.
18. Gender differences in real and potential losses due to premature mortality in Ukraine / N.O. Ryngach, L.Y. Vlasik, A.O. Keretsman // Gender. Ecology. Health: Materials of the V International Scientific and Practical Conference, Kharkiv, April 20–21, 2017 – Kharkiv: KhNMU, 2017. – P. 154 – 156. (The dissertation analyzed the literature, data collection was carried out).
19. Keretsman A.O. Dynamics of the incidence and prevalence of diseases of the digestive system among the adult population of the Transcarpathian region in 2006 – 2016 gg. / A.O. Keretsman, I.M. Rogach // Materials of the 72nd final conference of the teaching staff of the UzhNU State University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Uzhhorod, February 27, 2018. – P. 33 – 35. (The dissertation belongs to the

idea of writing a publication, collecting and processing the material, forming conclusions).

20. Keretsman A.O. Awareness of a healthy lifestyle and adherence to its principles / N.O. Ryngach, A.O. Keretsman // Poltava Days of Public Health: Materials of the All-Ukrainian Scientific and Practical Conference with International Participation, Poltava, May 24 – 25, 2018. – P. 15 – 19. (The dissertation conducted the analysis and synthesis of the research results).

Scientific works, which additionally reflect the scientific results of the dissertation:

21. Keretsman A.O. Nutrition Culture of Ukrainian Student Youth / N.O. Ryngach, A.O. Keretsman // Education. Technical colleges, colleges. – 2017. – No. 1,2 (42). – P. 122 – 127. (The dissertation studied literary data, generalized research materials, conclusions were prepared).

22. Determination of the index of lost years of potential life from diseases of the digestive system: methodical recommendations / A.O. Keretsman, I.M. Rogach, N.O. Ryngach, G.O. Slabkyj // Uzhgorod, 2018. – 28 p. (The dissertation collected the material, conducted its analysis and described the results, prepared the material for printing).

Перелік умовних скорочень	21
Вступ	23
Розділ 1. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду щодо зменшення рівня передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення	29
1.1. Вивчення міжнародного та вітчизняного досвіду щодо зменшення впливу хвороб органів травлення на рівень передчасної смертності	29
1.2. Контент-аналіз стратегічних документів ВООЗ та України з питань дослідження	37
1.3. Обґрунтування необхідності подальших досліджень	54
Розділ 2. Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження	60
Розділ 3. Аналіз епідеміологічної ситуації стосовно хвороб органів травлення в Закарпатській області	69
3.1. Вивчення захворюваності та поширеності хвороб органів травлення в Закарпатській області в період 2006 – 2016 років	69
3.2. Вивчення інвалідності внаслідок хвороб органів травлення	92
Висновки за розділом	94
Розділ 4. Комплексна оцінка втрат внаслідок хвороб органів травлення	97
4.1. Оцінка незворотних демографічних втрат в результаті смертності внаслідок ХОТ в Україні та Закарпатській області	97
4.2. Розрахунки обсягу і структури втрачених років потенційного життя в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ в Україні та Закарпатській області та їх компаративний аналіз	106
Висновки за розділом	123
Розділ 5. Аналіз результатів соціологічного дослідження в Закарпатській області щодо проблем ХОТ	126
5.1. Результати вивчення чинників ризиків захворюваності та передчасної смертності від хвороб органів травлення населення Закарпатської області	126
Висновки за розділом	153

Розділ 6. Наукове обґрунтування функціонально-організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок ХОТ	156
6.1. Характеристика системи організації гастроентерологічної допомоги в Закарпатській області	156
6.2. Характеристика та наукове обґрунтування функціонально - організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок ХОТ	165
6.3. Експертна оцінка функціонально – організаційної моделі зниження смертності внаслідок хвороб органів травлення	171
Висновки за розділом	172
Висновки	174
Практичні рекомендації	178
Список використаної літератури	180
Додатки	200

Перелік умовних скорочень:

CINDI	The Country wide Integrated Non communicable Disease Intervention
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DDS	Diseases of the digestive system
GBD	Global Burden of Diseases
ID	Intestinal diseases
INME	Institute for Health Metric and Evolution
YPLL	Years of Potential Life Lost
АХП	Алкогольна хвороба печінки
АХП	Алкогольна хвороба печінки
ВВП	Внутрішній валовий продукт

ВНЗ	Вищий навчальний заклад
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРПЖ	Втрачені роки потенційного життя
ВШ і ДПК	Виразка шлунку і дванадцятипалої кишки
ГЕР	Гастро-езофагеальний рефлюкс
ГЗ	Громадське здоров'я
ГІД	Гастрити і дуоденіти
ГП	Гострий панкреатит
Д	Диспепсії
ЄР	Європейський регіон
ЄС	Європейський союз
ЖКХ	Жовчнокам'яна хвороба
ЗДВ	Здоров'я для всіх
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗН	Злоякісні новоутворення
ЗНОТ	Злоякісні новоутворення органів травлення
ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
ЗСЖ	Здоровий спосіб життя
ІАН	Індекс антропометричного навантаження
ІМТ	Індекс маси тіла
ІНХ	Індекс накопичення хвороб
НАН	Національна академія наук
НВК	Неспецифічний виразковий коліт
НВП	Національний валовий податок
НДР	Науково – дослідна робота
НІЗ	Неінфекційні захворювання
ОЕСР	Організація економічної співпраці та розвитку
ООН	Організація об'єднаних націй
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
СКС	Стандартизований коефіцієнт смертності
СОЗ	Система охорони здоров'я
СОТЖ	Середня очікувана тривалість життя
СПК	Синдром подразненого кишечника
ФЦП	Фіброз і цироз печінки
ХГ	Хронічні гепатити
ХК	Хвороби кишечника
ХКр	Хвороба Крона
ХОТ	Хвороби органів травлення
ХПЗ	Хвороби підшлункової залози
ХХ	Холецистити і холангіти
Ц	Целіакія
ЦП	Цироз печінки
ЦСР	Цілі сталого розвитку

ВСТУП

Актуальність дослідження. Протягом останніх десятиріч Україна переживає демографічну кризу [1], основною причиною якої вчені називають високий рівень смертності населення [2,3], зокрема працездатного віку [4].

Смертність населення пов'язана з епідемією неінфекційних захворювань [5], в тому числі і хвороб органів травлення [6,7], значущість яких в Україні в останні роки зростає як за їх поширеністю, так і за наслідками у вигляді втрати працездатності та смертності [8,9].

Незважаючи на значну увагу до проблем передчасної смертності в Україні внаслідок ХОТ має місце недостатня ефективність профілактичних програм і недостатній рівень доступності і якості медичної допомоги [10,11,12]. Тому, вирішення проблеми передчасної смертності в Україні, в тому числі і внаслідок ХОТ, є пріоритетним для збереження трудового потенціалу країни і має базуватись на основі багатосекторальної співпраці і спільних дій на глобальному, національному і регіональному рівнях за умов ефективної профілактики та моніторингу щодо епідеміології ХОТ [13,14].

Запропоновано використовувати показник втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) для оцінки ефективності політики в сфері охорони здоров'я і діяльності системи охорони здоров'я [15,16]. В окремих публікаціях в Україні вказано величину і структуру втрат в окремих вікових групах та від окремих причин [17,18]. Однак, наукові роботи, які б висвітлювали комплексний аналіз демографічних втрат в результаті передчасної смертності населення внаслідок ХОТ є поодинокими.

Необхідність вивчення проблеми втрат життєвого потенціалу населення внаслідок ХОТ з метою розробки науково – обґрунтованих заходів з їх мінімізації на регіональному рівні визначило актуальність і мету дисертаційного дослідження, його завдання та стало основою при розробці дизайну дослідження.

Метою дослідження було на основі комплексного медико – демографічного і медико – соціального аналізу науково обґрунтувати та розробити функціонально – організаційну модель зниження смертності від хвороб органів травлення на регіональному рівні.

Завдання дослідження передбачали:

1. Проаналізувати та узагальнити існуючий національний та зарубіжний досвід щодо профілактики передчасної смертності від ХОТ.
2. Розробити спеціальну програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження.
3. Проаналізувати епідеміологічну ситуацію стосовно ХОТ в регіоні та виявити її особливості у порівнянні з Україною та розвиненими країнами світу.
4. Розрахувати обсяг втрачених років потенційного життя в результаті передчасної смертності населення внаслідок ХОТ та індекс ВРПЖ за статтю, місцем проживання та основними нозологічними формами.
5. Встановити методом соціологічного дослідження фактори ризику розвитку та передчасної смертності населення внаслідок ХОТ.
6. Дослідити існуючий стан організації та наявних матеріально-технічних і кадрових ресурсів для здійснення профілактики передчасної смертності внаслідок ХОТ.
7. Науково обґрунтувати та розробити функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні та провести її оцінку.

Базами наукового дослідження були 25 закладів охорони здоров'я Закарпатської області. Дослідження охоплювало період з 2006 р. по 2016 рік.

Об'єктом дослідження стали демографічні втрати населення області в результаті передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення.

Предмет дослідження: показники захворюваності, поширеності, інвалідності та смертності населення Закарпатської області внаслідок ХОТ, передчасна смертність населення Закарпатської області внаслідок ХОТ за статтю

та місцем проживання, хворі на хвороби органів травлення, система охорони здоров'я Закарпатської області.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використано наступні **методи наукового дослідження:**

1. Системного аналізу – з метою вивчення та проведення кількісного та якісного аналізу демографічних проблем передчасної смертності населення внаслідок ХОТ.
2. Бібліосемантичний – для вивчення існуючих світових та вітчизняних підходів до профілактики передчасної смертності населення внаслідок ХОТ.
3. Епідеміологічний – для виявлення особливостей епідеміологічної ситуації щодо ХОТ серед населення Закарпатської області.
4. Медико – статистичний – для збору, обробки та аналізу отриманої під час дослідження інформації.
5. Соціологічний – для виявлення основних факторів ризику розвитку ХОТ та передчасної смертності від них.
6. Потенційної демографії – для визначення обсягу потенційних демографічних втрат в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ.
7. Картографічний – для наочного представлення об'єкту дисертаційного дослідження.
8. Концептуального моделювання – для наукового обґрунтування та представлення функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні.
9. Експертних оцінок – з метою оцінки адекватності та прийнятності запропонованої функціонально – організаційної моделі.

Наукова новизна дисертаційного дослідження полягає в тому, що вперше в Україні:

- визначено обсяг та показник втрачених років потенційного життя в результаті передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні, в т.ч. в розрізі окремих біогеохімічних зон;

- проведено компаративний аналіз структури ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ населення Закарпатської області та України;
- науково обґрунтовано та розроблено функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні та логічно – структурну схему її реалізації, визначено її прийнятність для системи охорони здоров'я України.

Знайшли подальшого розвитку:

– наукові дані щодо факторів ризику розвитку та передчасної смертності внаслідок ХОТ.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я, управління охороною здоров'я, зокрема щодо обґрунтування функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ з використанням методу розрахунку втрачених років потенційного життя.

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці медико – організаційних технологій профілактики передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання.

На державному рівні – Радою національної безпеки і оборони України при розробці документів з питань національної безпеки (Лист № 1534/14-04/2-18).

На галузевому рівні – шляхом розробки методичних рекомендацій «Визначення показника втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення», Ужгород, 2018.

Результати дослідження впроваджено в навчальний процес в Ужгородському національному університеті (акт впровадження від 29.06.2018 р.), Львівському національному медичному університеті ім. Д. Галицького (акт впровадження від 04.07.2018 р.), Запорізькій медичній академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України (акт впровадження від 18.06.2018 р.), Харківській

медичній академії післядипломної освіти (акт впровадження від 14.06.2018 р.), Українській медичній стоматологічній академії (акт впровадження від 27.06. 2018 р.), Українському інституті стратегічних досліджень МОЗ України (акт впровадження від 03.07.2018 р.).

На регіональному рівні – результати дослідження впроваджені в практику охорони здоров'я Закарпатської області (акт впровадження від 03.07. 2018 р.) та Полтавської області (акт впровадження від 05.07.2018 р.).

Автором особисто визначені та сформульовані мета і завдання дослідження, розроблено програму дослідження, обрано методичний апарат і обраховано обсяги дослідження для досягнення поставлених завдань, здійснено пошук та аналіз сучасних науково-інформаційних джерел вітчизняної та світової літератури з даної проблеми, проведено збір і викопіювання первинних матеріалів, розроблені анкети соціологічного дослідження, проведено анкетування респондентів, проведено статистичне опрацювання зібраного статистичного матеріалу з використанням комп'ютерної програми для статистичного аналізу R 3.4.1. for Windows, проаналізовані та узагальнені отримані результати, обґрунтовані наукові положення, розроблено функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності населення внаслідок хвороб органів травлення та логічно – структурну схему її реалізації, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, впроваджені результати дослідження в практику, що знайшло відображення в друкованих працях. Запозичення ідеї або розробки співавторів не використовувалися.

Апробація роботи. Основні положення дисертації доповідались та були обговорені:

1) *на міжнародному рівні*: XV Конгрес СФУЛГ, Чернівці-Київ-Чикаго, 16–18 жовтня 2014 р.; IV Міжнародна науково-практична конференція, присвячена 210-річчю Харківського національного медичного університету, Харків, 21-22 квітня 2015 р.; International Scientific-Practical Conference Modern Transformation of Economics and Management in the Era of Globalization: Conference Proceedings, Baltija, Lithuania, 29 January 2016; V Міжнародної науково-практичної конференції

«Гендер. Екологія. Здоров'я», Харків, 20-21 квітня 2017 р.; Всеукраїнська науково – практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», Полтава, 24-25 травня 2018 р.

2) *на національному рівні*: III науково-практична конференція «Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних): громадськість та опікунські (наглядові) ради як інструмент залучення додаткових ресурсів для діяльності закладів соціального захисту та охорони здоров'я», Київ, 26 березня 2014 р.;

3) *на регіональному рівні*: 64-а підсумкова конференція професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», Ужгород, 24 лютого 2010 р.; 68-а підсумкова конференція професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», Ужгород, 26-27 лютого 2014 р.; 70-а підсумкова конференція професорсько-викладацького складу УжНУ, Ужгород, 24 лютого 2016 р.; 71-а підсумкової конференція професорсько-викладацького складу УжНУ, Ужгород, 27 лютого 2017 р.; 72-а підсумкова конференція професорсько-викладацького складу УжНУ, Ужгород, 27 лютого 2018 р.

Матеріали дисертації знайшли відображення в 22 наукових публікаціях, з яких 9 статей у наукових фахових виданнях (в одноосібному авторстві – 3, за кордоном – 2, в журналах, які внесені до науково метричних баз – 2), 11 матеріалах науково – практичних конференцій (в тому числі за кордоном 2), інших наукових працях – 1, методичних рекомендаціях – 1.

Обсяг і структура дисертації. Дисертацію викладено на 233 сторінках, в тому числі 150 власного друкованого тексту, що складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми, 4 розділів власних досліджень, висновків і практичних рекомендацій; робота ілюстрована 27 таблицями, 18 рисунками, має 11 додатків. Список використаної літератури містить 170 наукових джерела, з яких 57 іноземних авторів.

РОЗДІЛ І

АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ТА ВІТЧИЗНЯНОГО ДОСВІДУ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ РІВНЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

1.1. Вивчення міжнародного та вітчизняного досвіду щодо зменшення впливу хвороб органів травлення на рівень передчасної смертності

На межі III тисячоліття в умовах зміни парадигми здоров'я, епідеміологічного переходу від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, збільшення тягаря хвороб, появи нових викликів і загроз глобального характеру істотно зростають потреби населення в послугах системи охорони здоров'я та очікування пацієнтів щодо якості, доступності, ефективності та безпеки медичного обслуговування. Такі характеристики здоров'я населення вимагають нових підходів щодо його розуміння та розуміння ролі охорони здоров'я щодо його збереження [19,20].

Статистичні дані та експертні оцінки в останні роки підтверджують збільшення поширеності неінфекційної патології, яка набула рівня епідемії у світі, та свідчать про зростання масштабів викликаних нею негативних медико – соціальних наслідків. В світовому масштабі НІЗ є понад 35 мільйонів випадків смертей за рік, що становить більше ніж 50% випадків смерті в кожному з регіонів світу. Зокрема, надзвичайно загрозлива ситуація щодо хронічної неінфекційної патології склалася в Європейському регіоні (ЄР) ВООЗ, де вони є найпоширенішою причиною смерті й сягають 86% усіх випадків і 77% глобального тягаря хвороб. Питома вага смертності від неінфекційних хвороб у загальній структурі смертності за період 2009 – 2012 рр. збільшилася з 63% до 68%. При цьому, майже три чверті смертей від НІЗ відбуваються в країнах із середнім та низьким рівнем розвитку, до яких належить і Україна.

Особливу тривогу викликає той факт, що 40% смертей від НІЗ у 2014 р. були передчасними і, за прогнозними оцінками, до 2030 р. їх частка у загальній структурі смертності може зрости до 75% [21,22].

Як одного з основних НІЗ за поширеністю та за наслідками у вигляді втрати працездатності й смертності в останні роки, вчені виділяють хвороби органів травлення (ХОТ) [23,24]. Хронічні захворювання органів травлення характеризуються тривалим перебігом, частими рецидивами й супроводжуються різноманітними ускладненнями. Вони стають причиною тривалих страждань великої кількості людей, щоденно погіршуючи якість їх життя (загалом, ХОТ виявляється у 40,6% населення земної кулі) та в останні роки характеризуються тенденцією до неухильного зростання їх розповсюдженості. При цьому, темп зростання поширеності гастроентерологічних захворювань істотно переважає над темпом зростання загальної поширеності усіх хвороб (усі зареєстровані класи).

Звертає на себе увагу той факт, що ХОТ є важливою групою причин смерті в ЄР (зокрема хронічні захворювання та цироз печінки, виразова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, злоякісні новоутворення органів травлення) [25,26]. За даними дослідження Global Burdened Diseases, Injuries and Risk Factors Study, проведеного у 2010 р. [27], смертність від цирозу печінки (в тому числі й алкогольного генезу) за останні двадцять років зросла майже на 80% та залишається одним із найвагоміших чинників скорочення тривалості життя у Східній Європі та Центральній Азії.

При тенденції до зниження рівня передчасної смертності внаслідок ХОТ в ЄР (з 2005 р.), сумарне зростання показника смертності від них за два останніх десятиліття склало майже 30%, що, безумовно, вплинуло на зміну структури причин смертності в країнах ЄР. З 2005 по 2010 роки ХОТ витіснили хвороби органів дихання на п'яту позицію серед причин смерті (після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень і зовнішніх причин) в Україні та Словаччині й посіли третю позицію в структурі причин смерті, випередивши зовнішні причини та отруєння, в Угорщині та Молдові.

Про зростання значущості ХОТ як причини смерті свідчить і той факт, що такі патології як виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої і тонкої кишок і хронічні захворювання печінки включено до Європейського короткого переліку причин смерті European Shortlist, за яким у сучасних умовах відстежують рівні смертності за окремими причинами для порівняльного аналізу змін смертності між країнами з метою оцінки досягнутих успіхів щодо їх усунення на національному рівні [28].

Як засвідчують ряд сучасних досліджень [29,30,31], негативною тенденцією щодо зростання поширеності та смертності від НІЗ, зокрема і ХОТ, відзначилися останні роки в Україні.

Якщо ще на початку 90-х років фахівці Ради з вивчення продуктивних сил НАН України в межах комплексного регіонального дослідження навіть не розглядали клас «Хвороби органів травлення» як вагому причину смертності, то на сучасному етапі, на тлі гострої демографічної кризи з глибоким порушенням пропорцій відтворення населення, що поглиблюється економічною кризою та негативними тенденціями у протіканні основних демографічних процесів (збільшення рівня смертності на тлі падіння народжуваності й погіршення стану здоров'я в Україні), поширеність та смертність від ХОТ набувають загрозливих масштабів та становлять загрозу її національній безпеці.

У 1991 р. смертність від ХОТ в Україні була на рівні європейських країн і навіть нижчою серед країн постсоціалістичного простору. Однак, якщо в динаміці за 1991 – 2010 рр. відмічалася поступове зниження її рівнів у всіх країнах у порівнянні з 1991 р., аналогічний показник смертності від ХОТ у 2010 р. майже удвічі перевищив його в Україні (хоча і був меншим, ніж у Молдові), а відмінності показника смертності від ХОТ з країнами із найнижчим його рівнем сягнули 4 рази! [32,33].

Інші дані, представлені стандартизованими показниками в статистичних звітах ВООЗ [34], також свідчать про зростання значущості ХОТ як причини смертності. Так, попри нижчі рівні смертності від ХОТ у порівнянні з іншими країнами, тільки для України характерно зростання рівня смертності від цієї патології.

Починаючи з 2002 р., вона стрімко зросла до 2008 р. (на 69,5 %), потім стрімко знизилася до 2011 р., а в наступні роки поступово зросла до 2013 р. У період з 2013 р. до 2015 р. смертність від ХОТ населення України незначно знизилася, однак, так і не досягнула рівня 2000 р.

Слід відзначити, що для України характерні істотні відмінності у рівнях смертності від ХОТ за статтю (майже у два рази). Найбільша диспропорція показників характерна для віку від 25 до 70 років. В свою чергу, смертність в Україні від ХОТ в 2,2 раза перевищували смертність у країнах ЄС, причому для чоловіків таке переважання було значно більшим (у 2,5 раза проти 1,8 для жінок).

Закономірно, що рівень смертності позначається на величині середньої тривалості життя (СОТЖ) населення [35]. Так, різниця між країнами Регіону в СОТЖ при народженні становить 16 років, у т. ч. чоловіків 20 років, жінок – 12 років. Водночас, вагомі статеві відмінності у тривалості життя спостерігаються і в межах самих країн діапазоном від 4 до 14 років.

Головним чинником, який зумовлює відмінність у величині СОТЖ громадян України та розвинутих європейських країн є передчасна смертність, зокрема чоловічого населення (за критеріями ВООЗ передчасною вважається смертність у віці 0 – 64 роки). Так, ймовірність дожити від 15 до 60 років становить для чоловіків в Україні лише 62%, тоді як в Італії – 91%, Німеччині – 89%, Чехії – 84%, Угорщині – 74%. Для жінок розрив у показниках був менш суттєвим. Тому, як наголошено в сучасних працях з вивчення медико – демографічних проблем в Україні [36,37,38], саме у працездатному віці приховані найбільші можливості подовження тривалості життя в Україні.

Ситуація, яка мала місце в Україні нині, кваліфікується вченими як гостра демографічна криза [39,40]. Тренд смертності населення України ще з років незалежності залишається вкрай неблагополучним [2] і визначалася більше структурними чинниками, ніж соціально-економічними [4].

На відміну від інших країн, стандартизований коефіцієнт смертності (СКС) в Україні залишається одним із найвищих у Європі та становить 975,2 на 100 тис. осіб у 2016 році. При цьому, на долю ХОТ припадає 4,5% (СКС від ХОТ становить

у 2016 р. 43,4 на 100 тис. населення). Водночас, важливо зазначити, що на рівень формування СКС від ХОТ значним залишається вплив рівня смертності від алкогольних хвороб печінки, на долю яких приходить 8,4% у 2016 р. Значним був і внесок злоякісних новоутворень органів травлення (ЗНОТ) у формування рівня смертності від усіх злоякісних новоутворень (ЗН) в нашій країні – 31,9%.

Серед основних причин цього явища вчені виділяють погіршення суспільно-політичної та соціально-економічної ситуації, наслідком яких стало зменшення державних витрат на охорону здоров'я, зниження рівня зайнятості, суттєве скорочення рівня доходів населення, збільшення стресових ситуацій тощо. Тому, як наголошують експерти, основний акцент необхідно зробити на усуненні цих та інших негативних чинників, що дасть змогу подолати тенденцію до зростання рівнів смертності від окремих причин та утримання високих їх рівнів у країні [40].

Слід зауважити, що за рівнем загальної смертності також спостерігаються значні регіональні відмінності всередині країни (різниця між регіонами з максимальним і мінімальним її рівнями сягає трьох разів). В усіх регіонах України смертність серед чоловіків більш ніж удвічі вища за смертність жінок, як у містах, так і в селах (різниця між регіонами з максимальними та мінімальними рівнями сягає трьох разів серед міських жінок і чотирьох разів серед сільських жінок) [41].

Водночас, визначальною і найбільш негативною рисою тренду смертності в державі стала надсмертність осіб працездатного віку, яка становить одну третину всіх смертей, особливо чоловіків (з трьох – чотирьох кратною вищою ймовірністю смерті, ніж у жінок всіх вікових груп 16 – 60 років).

Значними відмінностями характеризувався і внесок окремих захворювань у формування показників смертності в Україні та інших країнах. Так, в цілому смертність від ХОТ в Україні в останні роки залишається майже у двічі вищою, ніж в ЄС (у 2,2 рази в 2009 р., в 1,6 рази в 2010 р.), при чому серед чоловіків таке переважає було більш вираженим, ніж серед жінок. Однак, якщо в країнах ЄС при переході у вікову групу старше 75 років частота такої причини смерті як ХОТ значно зростає, то представники населення України цієї ж вікової групи, згідно офіційної статистики, йшли з життя з приводу них значно рідше

(стандартизований показник смертності від ХОТ в цій віковій групі в Україні нижчий більш ніж у два рази). Як зазначає в своїх працях Рингач Н.О. [42], така статистика відображає нереальну ситуацію, коли виходить, що населення України по досягненню 75 – річчя чудом перестає страждати та померати від патології класу ХОТ. Причиною цього вчені називають поширену практику визначення причини смерті для людей похилого віку без патологоанатомічного підтвердження.

Проте, у відносно молодому віці ХОТ у країнах Євросоюзу викликають значно меншу кількість смертей (максимальною є різниця у стандартизованих показниках у віковому інтервалі 15 – 29 років і сягає більше 7 разів).

Водночас, якщо за останні десятиліття передчасна смертність від ХОТ у країнах ЄС невинно знижувалась і зменшилась приблизно на 25%, то в Україні за цей же період вона зросла більш ніж удвічі, при чому, більш значними темпами серед молодих чоловіків (у порівнянні з ЄС переважання становить 4 рази). Таким чином, відставання України від розвинутих країн за рівнем тривалості життя, на думку фахівців, потребує переміщення смертності від основних причин, зокрема і від ХОТ, до більш пізнього віку і різкого зниження їх ролі як для населення в цілому, так і для населення окремих вікових груп [43].

Загальновідомо, що факт передчасної смерті означає безповоротну втрату всіх інвестицій в людину та спричинює певні соціальні й економічні витрати. Зазначаючи, що в Україні спостерігалися значні відмінності як у рівнях реальних втрат життя через передчасну смертність, так і потеційних (тобто років, недожитих до цього віку через настання смерті у більш ранньому віці). Відповідно, внаслідок передчасної смертності особливо зростали економічні витрати працездатного, соціально активного населення [44].

Як свідчать дані Комісії з макроекономіки та здоров'я [45], кожний врятований DALY (Disability - Adjusted Life Years - роки життя, скориговані на інвалідність) може дати економічну ефективність державам у розмірі річного доходу на душу населення на рівні прогнозованих 563 \$ (2015 р.). При цьому, прямий економічний

ефект від врятування 330 млн. життів DALYs складатиме 186\$ млрд. доларів США.

При цьому, як зазначають експерти, істотні витрати окремих осіб, сімей, підприємств, урядових структур і систем охорони здоров'я прямо пропорційно впливають на більшість макроекономічних показників. Як представлено в працях з економічного аналізу втрат Коаді Д. та співавторів [46] і Бейкер К. та співавторів [47], НІЗ, в тому числі і ХОТ, та смерть від них (зокрема у молодому віці) слід вважати причинами багатомільярдних витрат національного доходу в більшості найбільш багатонаселених країнах світу, оскільки збільшення поширеності НІЗ на 10% призводить до зниження річного економічного зростання країн на 0,5%. В Російській Федерації наприкінці ХХ ст. збитки через передчасну смертність від НІЗ зайнятого в економіці населення становили 40,6 млрд. російських карбованців, або майже 8 млрд. доларів США, що становило 0,84% від ВВП [48].

Експерти Всесвітнього економічного форуму [49,50] неодноразово вказували на той факт, що НІЗ, зокрема і ХОТ, несуть у собі ризики як для міжнародного бізнесу, так і для будь-яких міжнародних організацій. Це пов'язано із катастрофічними втратами національного валового податок (НВП) через смертність, якій здебільшого можна запобігти, та витратами на охорону здоров'я. Водночас, за даними Chronic Diseases and Health Promotion (США) витрати на охорону здоров'я та економічні збитки тісно пов'язані з витратами саме на хронічні НІЗ і ризиковою поведінкою. Так, 84% загальних витрат на охорону здоров'я США витрачається на покриття надання медичної допомоги 50% населення, які мають одне чи кілька хронічних захворювань. Загальна вартість медичних витрат, пов'язаних із ожирінням становить 147 млрд \$, економічні збитки внаслідок куріння оцінюються у понад 289 млрд \$ на рік (2009-2012 рр.), з яких 133 млрд \$ – це прямі витрати на надання медичної допомоги дорослому населенню. При цьому, понад 156 млрд \$ втрачено продуктивності внаслідок саме передчасної смертності населення (2005-2009 рр.).

Значними залишаються й економічні втрати внаслідок надмірного вживання алкоголю, які за даними експертів, становили 223,5 млрд \$ у 2012 р. При цьому,

велика частка таких втрат пов'язана з втратою продуктивності праці на робочому місці, витратами на охорону здоров'я, і злочинами, пов'язаними з надмірним споживанням алкогольних напоїв. Таким чином, в світовому масштабі від 70 до 80 % витрат на охорону здоров'я витрачається на хронічні НІЗ. У фінансовому еквіваленті для ЄС ця сума становить близько 700 млрд \$ і, за прогнозними даними, у найближчі роки вона тільки зростатиме.

Як представлено в працях Рингач Н.О. [51], для України економічні збитки внаслідок передчасної смертності виявляються не менш значущими. Так, у доларовому еквіваленті величина недоотриманого внаслідок передчасної смертності ВВП для України в 2013 р. склала більш ніж 12 млрд \$, з яких через смертність у віці 15 – 59 років – більш ніж 10 млрд \$. Це можна представити як 6,7 % від величини номінального ВВП. При цьому, ціна втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) для України у 2013 р. склала 118,75 млрд гривень (в якості еквівалента вартості одного року життя прийнято величину середньорічної заробітної плати в Україні). Таким чином, як наголошує автор, у нашій державі щорічну втрату більш, ніж трьох мільйонів людино – років через передчасну смертність можна порівняти з втратою трудового внеску на протязі всього періоду працездатного віку цілого міста із сотисячним населенням!

Водночас, як представлено в іншій роботі експерта [8], у формування величини демографічних втрат в Україні значним є внесок втрат, спричинених передчасною смертністю від ХОТ (як реальних, так і потенційних), які до того ж, в останні роки мають тенденцію до зростання. Так, за представленими даними, в 2013 р. у результаті смертей від усіх патологій класу ХОТ у віці до 65 років було втрачено 288852,5 людино – років, які можна оцінити в 1,158 млрд \$.

Як наголошують фахівці ВООЗ, за умови вилучення впливу передчасної смертності, в тому числі і від ХОТ, СОРЖ могла б збільшитись в Україні в середньому на 10,6 року [52,53].

Таким чином, зниження загальної смертності та підвищення тривалості життя протягом останніх років в Україні ще не означає перелому несприятливої тенденції смертності, зокрема від патологій класу ХОТ, доказом чого є негативні

тенденції в стані здоров'я населення країни. Про це свідчить і зростання захворюваності на гастроентерологічну патологію, яка в свою чергу, визначає рівні смертності від ХОТ, формуючи «патологічне коло».

Також слід зауважити, що при збереженні сучасного тренду смертності населення в Україні та враховуючи значне постаріння населення (за прогнозними розрахунками до 2050 р. питома вага осіб у світі старше 65 років досягне 25%), в майбутньому слід очікувати на зростання рівнів захворюваності та смертності внаслідок неінфекційної патології, зокрема і від ХОТ.

1.2. Контент-аналіз стратегічних документів ВООЗ та України з питань дослідження

Як свідчить зарубіжний досвід, перелом несприятливої тенденції смертності є реальним, що доводить можливість подолання демографічної кризи і зростання тривалості життя й може бути використаний для України.

З огляду на це, необхідним є орієнтування всіх сфер на оздоровлення умов життя населення країни з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, орієнтованої на здоровий спосіб життя, що в свою чергу, сприятиме збереженню людських життів.

Однак, як наголошують експерти, актуальною проблемою в світовому масштабі є відсутність єдиних критеріїв щодо запобігання передчасній смертності населення в різних країнах від усіх причин та ХОТ зокрема [54,55,56].

І хоча, в Європейському регіоні ВООЗ протягом останніх кількох десятиліть відзначено поліпшення показників здоров'я населення, проте різниця в показниках очікуваної тривалості життя при народженні, показників смертності, народжуваності та захворюваності між країнами значно різняться, є істотні їх відмінності також між окремими соціальними групами у всіх країнах ЄР та всередині самих країн [57].

З метою координації міжнародної діяльності в галузі охорони здоров'я ВООЗ на початку 80-х років було розроблено глобальну програму «Стратегія досягнення здоров'я для всіх до 2000 року» (ЗДВ), як заклик до формування нової політики

охорони здоров'я на засадах пропагування здорової поведінки. Основною її метою було «досягнення всіма жителями Землі такого рівня здоров'я, який дасть їм змогу вести життя повноцінне в соціальному та економічному відношенні».

Важливим аспектом розвитку подальших політичних рішень щодо збереження здоров'я стало включення основних положень Концепції ЗДВ в Алма-Атинську декларацію, прийняту на Міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги (ПСМД) у вересні 1978 р. Алма-Атинська декларація визначила значення ПСМД в організації медичної допомоги населенню за рахунок надання загальній практиці / сімейній медицині статусу провідної медичної спеціальності, «представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [58].

Відтоді пропаганда здорового способу життя, мобілізація громадської думки та засобів масової інформації, а також заохочення освіти з питань здоров'я та заходів щодо охорони здоров'я стали одним із головних завдань політики ВООЗ.

Актом солідарності в галузі охорони здоров'я стало затвердження представниками 32 держав-членів Європейського відділення ВООЗ першої групи Європейських завдань з охорони здоров'я у 1984 р., що започаткувало Європейську політику досягнення здоров'я для всіх. Основними завданнями політики ЗДВ було визначено підвищити пріоритетність питань зміцнення здоров'я і профілактики хвороб, вжити позитивних заходів у всіх секторах суспільства, діяльність яких впливає на здоров'я, і приділяти більше уваги ролі окремих осіб, сімей та груп населення, з метою забезпечення справедливості в області охорони здоров'я, поліпшення якості життя та його тривалості в тому числі шляхом подолання шкідливих для здоров'я звичок.

На існуючій проблемі поведінкового фактору наголошував ще в 1974 р. тодішній міністр охорони здоров'я та добробуту Канади, Марк Лалонду своєму звіті «Новий підхід до охорони здоров'я канадців» [16]. Звіт аргументовано довів, що традиційна система охорони здоров'я, зокрема і медицина взагалі, відіграють не головну роль у комплексі чинників, які визначають здоров'я людини. З цього

періоду почалося становлення політики ЗСЖ завдяки впливу на життя людини та зміни ставлення до його збереження: визнавалося значення індивідуального й громадського здоров'я та їхній взаємовплив, необхідність взаємодії держави та громади у сфері охорони здоров'я. Основні концепти було названо Health promotion «сприяння покращенню здоров'я» й в основі своїй вони стосувалися передумов і ресурсів для збереження здоров'я (мир, освіта, їжа, прибуток, необхідні ресурси, суспільна справедливість, рівність) та комплексу практичних дій для його успішної реалізації [59].

При цьому, як наголошувалось на I Міжнародній конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася в Оттаві 17-21 листопада 1986 р., без усвідомлення важливості здоров'я як необхідної запоруки і, одночасно, цілі розвитку людства, неможливий розвиток і удосконалення будь-якої стратегії охорони громадського здоров'я як на рівні окремої держави, так і у масштабі всього світу. Адже роль охорони здоров'я зводиться до того, що здоров'я нації виступає передумовою функціонування економіки країни, а ефективна система охорони здоров'я одним із чинників її розвитку. Результатом форуму стало прийняття Хартії про сприяння здоров'ю, широко відомої як Оттавська Хартія [60], згідно якої відповідальність за зміцнення здоров'я покладалось не виключно сектор охорони здоров'я, але і на самих людей. Водночас, у Хартії основними принципами та напрямками дій щодо зміцнення здоров'я визначені розробка державної політики, посилення активності громад, створення сприятливого середовища проживання людей, переорієнтація служб охорони здоров'я з метою розвитку вмінь і навичок щодо здорового способу життя.

Подальший розвиток зазначена діяльність ВООЗ отримала у Рекомендаціях II Міжнародної конференції з питань сприяння здоров'ю, що відбулася 5-9 квітня 1988 р. в Аделаїді (Австралія) і була присвячена проблемам здорової громадської політики [61]

Паралельно з цим, ВООЗ створило одну з найбільш активних програм профілактики НІЗ - «Загальнонаціональну програму інтегрованої профілактики неінфекційних захворювань» (The Country wide Integrated Non-communicable

Disease Intervention (CINDI) the WHO program) (1987 p., з переглядом у 1994 p.) [62].

Головною метою програми CINDI стало підтримання в країнах – учасниках розвиток комплексних інтегрованих стратегій щодо профілактики НІЗ та послаблення їх наслідків шляхом поєднання умов охорони здоров'я і профілактики захворювань та розвитку міжсекторального співробітництва з залученням населення. При цьому, передбачалось посилення ролі працівників охорони здоров'я та покращення використання існуючих ресурсів.

Основними завданнями програми визначено зниження ризику розвитку НІЗ шляхом зменшення властивих цим захворюванням факторів ризику (куріння, нераціонального харчування, недостатньої фізичної активності, зловживання алкоголем та психоемоційного стресу).

CINDI в ЄР переросла у велику спільну роботу з профілактики НІЗ та укріплення здоров'я та стала одним із механізмів втілення регіональної політики «Здоров'я-XXI». Наприкінці 1990 – х років у реалізації програми ВООЗ CINDI брали участь 27 країн Європейського регіону і Канада.

Вагомий внесок у визначення міжнародних підходів щодо політики сприяння здоров'ю зробила також III Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, присвячена проблемам створення сприятливого для здоров'я середовища (Сундсваль, Швеція, 9-15 червня 1991 р.) [63]. Прийнята на цьому форумі Сундсвальська заява містила 38 завдань програмного характеру, серед яких основні стосувалися забезпечення справедливості в області здоров'я (зниження нерівності), подовження життя на роки (сприяння реалізації повного людського потенціалу), здорового життя (зниження захворюваності та пов'язаної з цим непрацездатності) та подовження тривалості життя.

Прикладом рішучих дій щодо збереження здоров'я у країнах ЄР стала зустріч міністрів навколишнього середовища та міністрів охорони здоров'я країн-членів ЄР ВООЗ у Франкфурті-на-Майні (Німеччина) 7-8 грудня 1989 року, які з метою попередження негативного впливу на людину небезпечних для здоров'я факторів навколишнього середовища прийняли Європейську хартію по навколишньому

середовищу [64]. Зокрема, викладені в документі принципи та стратегії, в якості зобов'язання до практичного їх втілення, стали платформою для прийняття Хартії проти тютюну (1988 р.) [65].

Ще одним важливим аспектом екологічної політики став Європейський план дій по гігієні навколишнього середовища та прийнята в ході Другої європейської конференції (20-22 червня 1994 р., Гельсінкі, Фінляндія) Декларація про дії щодо охорони навколишнього середовища та здоров'я в Європі [66,67]. Основна увага в стратегічному документі приділялася питанням планування у цій галузі та передбачала забезпечення партнерства між міністерствами та регіональними й місцевими органами управління в країнах – учасниках для підготовки національних планів дій по охороні довкілля і здоров'я.

Хоча постанови ВООЗ носять рекомендаційний характер вони мають велике значення для вироблення стратегій у боротьбі з НІЗ в усіх країнах. Так, у 1992 році Європейське регіональне бюро першим з усіх регіональних бюро ВООЗ взяло на себе ініціативу з прийняття Плану дій щодо алкоголю в масштабах Європи [68]. Результатом роботи стало прийняття в грудні 1995 р. на Паризькій європейській конференції Європейської хартії з алкоголю [69], що було важливим кроком у боротьбі за здоров'я і тверезість та важливим внеском у розвиток політики охорони здоров'я в ЄР в цілому.

Основним шляхом вирішення проблеми було визнано необхідність проведення реформування систем охорони здоров'я. В контексті цього, в 1996 році всіма державами – членами ЄР ВООЗ прийнята Люблінська хартія з реформування охорони здоров'я [70], яка проголосила пріоритетним завданням розвиток ПСМД. Основною ціллю Хартії визначено покращення якості медичної допомоги населенню в усіх країнах-членах ЄР.

Таким чином, рекомендації, декларації, заяви та інші стратегічні документи, схвалені зазначеними вище форумами, сформували певне ставлення до проблематики здоров'я в усіх впливових міжнародних інституціях. Так, з 19 наріжних положень I частини Європейської соціальної Хартії [71], прийнятої

країнами-членами Ради Європи, 6 – безпосередньо і 8 – опосередковано стосуються проблематики здоров'я.

Підсумком 20-річної діяльності ВООЗ щодо вироблення та розвитку принципів політики сприяння здоров'ю стала IV Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, що відбулася у Джакарті у липні 1997 р. Результатом цієї конференції стало прийняття Декларації про сприяння здоров'ю у XXI столітті, відомої як Джакартська декларація [72]. Підтвердивши правильність основних стратегій щодо сприяння здоров'ю, визначених Оттавською Хартією, Джакартська декларація визначила основні пріоритети у сфері сприяння здоров'ю на XXI століття: сприяння суспільній відповідальності за здоров'я, збільшення інвестицій у розвиток здоров'я, зміцнення і розширення партнерства в охороні здоров'я, що має передбачати нові механізми діяльності урядових, неурядових організацій, освітніх інституцій та приватного сектора з метою максимальної мобілізації їх ресурсів на локальному, національному та глобальному рівнях.

Прикладом втілення регіональних і місцевих стратегій у відношенні здоров'я в рамках забезпечення ЗСЖ стала Афіньська декларація (23 червня 1998 р., Афіни, Греція) [73], прийнята на Міжнародній конференції по здоровим міста.

Найбільш значимою подією для формування політики ВООЗ сторіччя, стало прийняття Всесвітньої декларація по охороні здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI сторіччі: основи політики для досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ » («ЗДВ-21») [74], прийнятої на 51 сесії Всесвітньої асамблеї з охорони здоров'я (травень 1998 р.), яка підтвердила прихильність турботі про здоров'я як про основне право людини. Вона послужила призовом для всіх держав прийняти відповідні дії на національному і міжнародному рівнях, задала напрямки та встановила принципи і рамки для розвитку і просування саме напрямків щодо збереження людського капіталу.

Загалом у документі було сформульовано 21 завдання для досягнення «Здоров'я для всіх у XXI столітті», які відображають конкретні потреби європейців і пропонують необхідні дії для його покращення. Їх визнано як еталон і мірило оцінки роботи та досягнень щодо поліпшення й охорони здоров'я і

зменшення чинників ризику для здоров'я, та, водночас, основою для розробки національної політики охорони здоров'я у європейських країнах в подальшому.

В рамках боротьби з основними НІЗ діяльність урядів більшості європейських країн у наступні роки була направлена на зменшення впливу причин поширення НІЗ, з якими дедалі важче ставало боротися методами лікування (пасивний спосіб життя, шкідливі звички, зневажливе ставлення до функціонування систем власного організму, негативні фактори довкілля та несприятливе суспільне середовище тощо). Тому, окремою групою документів загальноєвропейського рівня було закладено основні принципи розвитку фізичної культури і спорту, серед яких чільне місце належить Європейській хартії «Спорт для всіх», прийнятій у 1975 р.[75].

Значний вклад у сприяння впровадженню ЗСЖ зробила також організована ВООЗ і урядом Великобританії III Лондонська конференція [76] на рівні міністрів навколишнього середовища і охорони здоров'я, що відбулася у червні 1999 року. Конференція була спрямована на вироблення загальної для всіх програми дій та співпраці між різними міністерствами для вирішення нагальних проблем і поліпшення стану здоров'я населення.

Базуючись на результатах першої Європейської конференції з політики щодо відношення до тютюну (Мадрид, 1988 р.) і трьох послідовних Планів дій «За Європу без тютюну», які охоплюють період з 1987 р. по 2001 р. [77], стало прийняття Варшавської декларації [78], акцент в якій було зроблено на важливості ролі урядів країн у сприянні здоров'ю, необхідності перегляду та укріплення національних Планів дій шляхом залучення до процесу різних державних структур, неурядових організацій і працівників сектору охорони здоров'я.

Дещо пізніше у Бангкоку (Таїланд, 7-11 серпня 2005 р.) відбулася VI Міжнародна Конференція сприяння розвитку здоров'ю, яка затвердила «Бангкокську Хартію сприяння здоров'ю в глобалізованому світі» [79]. Саме цей документ практично завершив основні етапи розробки, обговорення та затвердження стратегій і зобов'язань, необхідних для того, щоб впливати на

детермінанти здоров'я в глобалізованому світі через підхід щодо сприяння здоров'ю з метою збереження людського капіталу.

В цьому ж році ВООЗ було прийнято Стратегію запобігання НІЗ в Європі на основі узагальненого досвіду CINDI [80]. Європейське бюро CINDI запропонувало систему стратегічних цілей та принципів щодо попередження хронічних захворювань. Загальною метою цієї стратегії стало укріплення та збереження здоров'я, шляхом розробки заходів на місцевому рівні, на рівні країни та ЄР в цілому.

Стратегічна основа дій, спрямованих на зниження НІЗ отримала назву «Стратегія чотирьох». Вона оснований на наданні системі охорони здоров'я більш широких можливостей для реагування шляхом дій, зосереджених на чотирьох факторах, пов'язаних із способом життя, супутнього зменшення чотирьох біологічних факторів ризику, чотирьох комплексних стратегічних підходів, чотирьох основних стратегічних підходів, поліпшення соціально – економічних умов шляхом контролю чотирьох соціальних детермінант НІЗ та зменшення тягаря чотирьох основних НІЗ.

З моменту прийняття в 1996 р. Люблінської хартії по реформуванню систем охорони здоров'я, в ЄР ВООЗ склався консенсус, коли акцент на стримуванні затрат і фінансування поступився місцем новій парадигмі, згідно якої країни переслідували одночасно дві цілі – укріплення здоров'я та підвищення благополуччя. Таким чином, постала необхідність проводити реформи на основі більш переконливих фактичних даних, застосовуючи при цьому такі засоби, як ретельно продумані інвестиції в системи охорони здоров'я [81].

Важливою ланкою в укріпленні систем охорони здоров'я в Європейському регіоні стала Європейська міністерська конференція ВООЗ щодо систем охорони здоров'я «Системи охорони здоров'я для здоров'я і благополуччя», яка відбулася 25-27 червня 2008 р. в Таллінні (Естонія) і результатом якої стало прийняття Талліннської хартії [82]. Її ухвалення Європейським регіональним комітетом ВООЗ у вересні 2008 року було прямою відповіддю на появу все більш переконливих доказів того, що внесок у системи охорони здоров'я не тільки має самостійну цінність, але і є безпосереднім внеском у зміцнення здоров'я та підвищення економічного добробуту

населення, що в свою чергу сприяє благополуччю та стабільності в суспільстві в цілому. В документі зазначалось, що нехтування засобами щодо зниження смертності серед дорослого населення сприяє сповільненню економічного розвитку країн.

В доповідях Д. Блека та Д. Уонлеса [83, 84] зазначалось про існування значного взаємозв'язку між станом здоров'я населення і системами охорони здоров'я (сучасні системи охорони здоров'я сприяють зниженню запобіжній смертності, а сценарій, який передбачає прийняття комплексних заходів, при яких пріоритет надається профілактиці та дієвому лікуванню хвороб на ранніх стадіях, здатний значно зменшити майбутні витрати системи охорони здоров'я). Однак для цього та з метою забезпечення прозорості й підзвітності, як наголошують автори, діяльність систем охорони здоров'я (СОЗ) потребує регулярної оцінки показників їх ефективності.

Взаємозв'язок між системами охорони здоров'я і благополуччя представлено також на основі даних Талліннської конференції, де було зазначено, що більш багаті країни мають більші можливості утримувати кращі системи медико – санітарної допомоги, які в свою чергу, сприяють збільшенню благополуччя шляхом залучення інвестицій у програми регіонального розвитку [85]. При цьому наголошувалось, що в укріпленні СОЗ явно присутня складова прав людини. Сильна система охорони здоров'я є неодмінною умовою реалізації права всіх людей на здоров'я, проголошеного ще Загальною декларація прав людини в 1948 р.

В Хартії сформульовані цінності та принципи, які лежать в основі розвитку систем охорони здоров'я в ЄР та допомагають покращити стан здоров'я населення, зменшуючи прояви нерівності у відношенні нього між країнами та всередині країн, включаючи зростаючі в ЄР відмінності по осі схід – захід. Серед основних її тезисів основними є сім зобов'язань країн, які передбачають перехід від ціннісних установок до практичних дій задля покращення показників діяльності своїх національних СОЗ [86].

Після підписання Талліннської хартії у ЄР настала економічна криза, яка негативно позначилась на показниках здоров'я населення, сприяла зростанню безробіття і пов'язаному з цим поширенню нездорових форм поведінки, таких як шкідливі рівні куріння та вживання алкоголю [87]. Важливість збереження

профілактичних послуг охорони здоров'я, попит на які зростає в період економічної кризи, став у цей період беззаперечним фактом. Тому важливим аспектом захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних із отриманням медичної допомоги, став захист бідних та вразливих груп населення в розвинених країнах ЄР, як основа запобігання подальшому збідненню та зростанню тягаря НІЗ, зокрема і ХОТ [88].

Так, у 2006 р. Європейський регіональний комітет ВООЗ на своїй 56 сесії затвердив всебічну, орієнтовану на конкретні заходи, стратегію профілактики і боротьби з НІЗ [89], яка будувалася на положеннях Глобальної стратегії профілактики і боротьби з хронічними НІЗ, прийнятої Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я ще у 2000 р.

Підсумком роботи комітету стало затвердження Плану дій по профілактиці і боротьбі з неінфекційними захворюваннями на 2008 – 2013 рр. [90], основною метою якого було визначено попередження передчасної смертності та зменшення тягаря НІЗ шляхом проведення комплексних заходів, спрямованих на покращення якості життя людей та забезпечення справедливого розподілу показників очікуваної тривалості життя як в середині країн, так і між окремими країнами – членами ЄР.

Першим кроком ВООЗ у вирішенні проблем здоров'я, пов'язаних із економічною кризою, стала нарада, організована Європейським регіональним бюро ВООЗ та урядом Норвегії в Осло у квітні 2009 року [91]. Прийнята резолюція (EUR/RC59/R3) визначила рекомендації щодо заходів боротьби з наслідками економічної кризи на рівні політики в інтересах охорони здоров'я, які знаходилися у відповідності з зобов'язаннями Талліннської хартії.

В подальшому шляхи вирішення проблем, пов'язаних із впливом економічної кризи на здоров'я були визначені на зустрічі міністрів і представників членів – країн ЄР в березні 2010 р. в Італії. Прийнята в результаті цього Пармська декларація [92] визначила шляхи боротьби із ключовими проблемами того часу, основне місце серед яких належало зростаючому тягарю НІЗ, зокрема і ХОТ.

Основними завданнями у боротьбі з НІЗ було визначено раціоналізацію політики в області планування міст, транспорту, харчування та безпеки харчових продуктів, а також покращення екологічних умов життя і праці населення, що в свою чергу мало сприяти зниженню тягаря неінфекційної патології, в тому числі і від ХОТ.

Найбільш всеохоплюючою відповіддю не вирішеним питанням проблем охорони здоров'я в Регіоні стала політика «Здоров'я – 2020», яка була прийнята 53 країнами-членами Європейського регіону ВООЗ у вересні 2012 р. на 62 сесії Регіонального комітету ВООЗ [93,94]. Вона будувалася на визнанні та переконливих доказах того, що в кожній стратегії зміцнення здоров'я населення повинен застосовуватись між секторальний підхід, який передбачає дії як всередині, так і поза системою охорони здоров'я.

Існує достатньо фактичних даних, які свідчать, що за рахунок профілактичних заходів, прийнятих в рамках системи ПСМД, можна досягти суттєвого зниження запобіжної смертності, проте важливою детермінантою здоров'я залишається соціально – економічне середовище, в якому проживають люди.

Підґрунтям політики «Здоров'я-2020» стали положення Декларації тисячоліття ООН [95] та сформульовані в ній цілі у сфері розвитку, які передбачають співпрацю країн задля поліпшення життя всіх людей. При цьому, вона включає загальний контекст, окреслює стратегії у сфері охорони здоров'я, що дають реальний ефект, визначає ключових виконавців і передумови для повноцінної реалізації, з суворим дотриманням основних тезисів Талліннської хартії.

Основою політики «Здоров'я-2020» стали чотири пріоритетні галузі стратегічних дій: інвестування у здоров'я на всіх етапах життя людини і розширення прав і можливостей громадян; вирішення найбільш актуальних проблем Європейського регіону ВООЗ, що насамперед стосуються НІЗ; зміцнення пацієнт – орієнтованих СОЗ, потенціалу охорони громадського здоров'я, а також готовності до надзвичайних ситуацій, епіднагляду та реагування; забезпечення стійкості місцевих громад та створення підтримуючого потенціалу.

За таких підходів акцентується увага не тільки на необхідності більш ефективної координації та інтеграції дій держави в галузі охорони здоров'я, але також і на важливості виходу на більш широку взаємодію з іншими діючими суб'єктами в рамках державних структур. Завдяки цьому забезпечується загальний внесок у досягнення таких всеосяжних цілей суспільства, як процвітання, благополуччя, соціальна справедливість і стійкість. Такими інструментами виступає сукупність процесів стратегічного керівництва в секторі охорони здоров'я, що передбачають відповідальність за розробку та реалізацію національних і субнаціональних стратегій, постановку цілей і завдань в галузі охорони здоров'я, надання високоякісних та ефективних медичних послуг, забезпечення ключових функцій громадської охорони здоров'я [96].

В цей же період увага світової спільноти до проблеми неінфекційної захворюваності досягла безпрецедентного рівня. У квітні 2011 року відбулася Перша всесвітня конференція по питанням здорового способу життя та боротьби з НІЗ, яка стала поштовхом для прийняття Московської декларації [97]. Згідно неї профілактика визнавалась наріжним каменем у попередженні поширення епідемії неінфекційної патології, в тому числі і ХОТ.

Пізніше, в ході Міністерської конференції ВООЗ по харчуванню та профілактиці неінфекційних захворювань, яка відбулася у Відні (Австрія 4 – 5 липня 2013 р.) було підписано Віденську декларацію [98], яка мала сприяти досягненню глобальних цілей у відношенні НІЗ (затверджених на 66 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я), які передбачали досягнення відносного зниження на 25 % до 2025 р. передчасної смертності від НІЗ (зокрема і ХОТ).

В Декларації наголошувалось, що цілеспрямовані сумісні дії у підтримку покращення харчування можуть допомогти як у досягненні глобальних цілей, так і конкретних (зниження ожиріння, вживання солі / натрію, недостатньої фізичної активності). При цьому, особлива увага в документі акцентується на важливості міжсекторальних дій і потенціалу систем охорони здоров'я, повного охоплення медико – санітарною допомогою і використання науково обґрунтованих методів у

діяльності по профілактиці і лікуванню НІЗ у відповідності з всеохоплюючими та комплексними національними стратегіями.

Дещо пізніше, 3 – 4 грудня 2013 р., міністри охорони здоров'я та представники держав-членів Європейського регіону ВООЗ зібрались у Ашхабаді (Туркменістан) з метою обговорення і пошуку шляхів попередження викликів, які обумовлені важким тягарем і загрозою НІЗ. На конференції наголошувалось, що розвиток НІЗ, в тому числі і ХОТ, пов'язаний з чотирма спільними факторами ризику (тютюнокуріння, надмірне вживання алкоголю, нездоровий раціон харчування та недостатня фізична активність), яким можна запобігати навіть до самих пізніх етапів життя людини.

Результатом зустрічі стало прийняття Ашхабадської декларації по профілактиці і боротьбі з неінфекційними захворюваннями в контексті положень політики «Здоров'я-2020» [99]. Для більш дієвого результату рекомендується діяти на основі загальнодержавного підходу у профілактиці і боротьбі з НІЗ та зниження тягара ХОТ, активізуючи профілактичні заходи на національному рівні, які зокрема спрямовані на захист нинішнього і майбутніх поколінь від руйнівних наслідків нераціонального харчування та вживання, насамперед, алкоголю та тютюну впродовж життя людини.

На цих аспектах особливо наголошувалось на Європейській міністерській конференції ВООЗ «Охоплення всіх етапів життя в контексті політики Здоров'я - 2020», що відбулася 21-22 жовтня 2015 р. в Мінську (Білорусія). Прийнята Мінська декларація проголосила, що принцип охоплення всіх етапів життя мають втілювались з урахуванням гендерних особливостей та повинні включати наступні компоненти: діяти якомога раніше, діяти у відповідності з особливостями перехідних етапів життя людини та діяти спільно, зусиллями всього суспільства [100].

Необхідність відповіді на нові виклики і загрози, пов'язані з демографічними, соціально-економічними, екологічними та іншими змінами обумовили формування нової програми розвитку охорони здоров'я і в Україні. В контексті цього першочерговим стратегічним завданням держави було визнано

модернізацію медичної сфери, що окреслено низкою нормативно-правових та програмних документів, насамперед Програмою економічних реформ на 2010 – 2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [101,102].

З огляду на негативний стан здоров'я населення та об'єктивний стан СОЗ, Україна однією з перших країн розпочала роботу над новою національною програмою, враховуючи рекомендації міжнародних та регіональних організацій, насамперед ВООЗ та ЄРБ ВООЗ. Так, у 2011 році було розроблено і схвалено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» [103], якою було окреслено основні стратегічні напрями Програми: розробка новітніх технологій мінімізації чинників ризику та створення сприятливого для здоров'я середовища, формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я, оптимізація організації та фінансування медичної допомоги, підвищення якості кадрового забезпечення та професійної підготовки фахівців з питань профілактики, впровадження результатів сучасних інноваційних розробок, проведення наукових досліджень з питань профілактики НІЗ та формування громадської системи охорони здоров'я.

За прогностичними розрахунками [104] реалізація Програми дасть змогу збільшити СОТЖ українців до 72 років життя, знизити передчасну смертність населення на 10%, скоротити поширеність тютюнокуріння серед населення віком 12 років і старше на 36% або на 1 відсотковий пункт щороку, зменшити кількість випадків смертей від причин, пов'язаних із вживанням алкоголю, на 20%, знизити рівень госпіталізації у заклади охорони здоров'я на 20%, збільшити показник своєчасності надання екстреної медичної допомоги в містах до 10 хвилин, у сільській місцевості протягом 20 хвилин від моменту виклику на 30%, знизити рівень первинної інвалідності населення працездатного віку на 10%, довести рівень укомплектованості штатних посад лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою в закладах охорони здоров'я первинного рівня до 100%, підвищити частку державних витрат на охорону здоров'я від ВВП до 5%.

Однак, при визнанні здоров'я людини в Україні, як одного з немайнових благ особистості, окремого законодавства про сприяння ЗСЖ в Україні немає. Відповідні правові норми щодо цього містяться у нормативно – правових актах, що відносяться до різних сфер галузей законодавства [105]. Так наприклад, стаття 32 Конституції України «Сприяння здоровому способу життя» встановлює, що держава сприяє утвердженню ЗСЖ населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, сприяє створенню необхідних умов, в тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, забезпечує розвиток мережі лікувально – фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, сприяє боротьбі із шкідливими для здоров'я людини звичками, шляхом встановлення системи соціально – економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя, та проводить державну політику щодо обмеження паління та вживання алкогольних напоїв.

Серед основних законів країни, що сприяють ЗСЖ можна виділити Закон України «Про фізичну культуру і спорт», прийнятий у грудні 1993 р. [106], який визначає загальні правові, соціальні, економічні і організаційні основи фізичної культури і спорту в Україні, участь державних органів, посадових осіб, а також підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності, у зміцненні здоров'я громадян, досягненні високого рівня працездатності та довголіття засобами фізичної культури і спорту.

З метою зближення національного і європейського законодавств у сфері фізичної культури та спорту, у вересні 1998 р. Указом Президента України затверджено Цільову комплексну програму «Фізичне виховання – здоров'я нації», розраховану до 2005 року [107].

Законодавство України щодо рішення проблеми здорового харчування населення представлено Законом України «Про безпечність та якість харчових продуктів» від 06.09.2005 р. № 2809-IV [108], який передбачає тільки регулювання процесу забезпечення якості та безпеки харчових продуктів і продовольчої

сировини. Зокрема, він забороняє виготовляти, ввозити, реалізовувати, використовувати в оптовій чи роздрібній торгівлі, громадському харчуванні неякісні, небезпечні для здоров'я та життя людини або фальсифіковані харчові продукти, продовольчу сировину і супутні матеріали, встановлює чіткі критерії, за якими продукти харчування та продовольча сировина визнаються неякісними, небезпечними для здоров'я і життя людини та фальсифікованими, визначає порядок затвердження харчових добавок, дозволених для використання у харчових продуктах, вимоги щодо запобігання використанню небезпечної продовольчої сировини, супутніх матеріалів та технологій їх виготовлення (обробки, переробки).

Важливими з точки зору сприяння здоровому вибору є встановлені Законом вимоги до маркування харчових продуктів, які забороняють реалізацію і використання вітчизняних та ввезення в Україну імпортованих харчових продуктів без маркування державною мовою України, що містить у доступній для сприймання споживачем формі інформацію про усі характеристики харчового продукту. Однак, він не визначає стратегію в області здорового харчування.

З метою координації роботи органів державної влади і громадських організацій з контролю над тютюном для зменшення його вживання населенням постановою Кабінету Міністрів України від 12 листопада 1997 р. № 1258 [109] при Уряді утворено Координаційну раду з контролю над тютюном. При цьому, лише 16 грудня 2012 р. набув чинності Закон України № 4844 про повну заборону куріння в громадських та на робочих місцях [110].

Аналогічні обмеження передбачено й Правилами роздрібної торгівлі алкогольними напоями, що затверджені наказом Міністерства зовнішніх економічних зв'язків і торгівлі України від 27 травня 1996 р. № 293, за погодженням з Міністерством охорони здоров'я, та Законом України «Про рекламу»[111], прийнятого Верховною Радою України у 1996 р., який серед інших загальних обмежень рекламної діяльності забороняє надавати відомості або закликати до дій, які можуть завдати шкоди здоров'ю або життю людей (стаття 8)

та встановлює вимоги щодо поширення соціальної рекламної інформації з питань ЗСЖ (стаття 11).

В світлі такої ситуації, з метою створення сприятливих умов для зміцнення здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності та забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність, прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2012 — 2016 роки» від 31.08.2011 № 828-р., яке стало основою для створення Національної стратегії.

Згодом, 9 лютого 2016 р. Указом Президента № 42/2016 схвалено Національну стратегію з оздоровчої рухової активності на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [112].

В цей же період у Міністерстві охорони здоров'я України відбулось перше засідання міжвідомчої робочої групи з імплементації спільного проекту Бюро ВООЗ в Україні та Швейцарської Агенції Розвитку та Співробітництва «Неінфекційні захворювання: профілактика та зміцнення здоров'я в Україні», який спрямований на підтримку ініціатив у контексті Національного плану заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики «Здоров'я –2020: основ Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» щодо НІЗ на період до 2020 року.

Загальною метою Проекту боротьби з НІЗ є покращення добробуту людей в Україні шляхом зменшення рівнів смертності та захворюваності, пов'язаними з неінфекційною патологією, а також заходи, спрямовані на боротьбу з основною четвіркою факторів ризику їх розвитку – тютюнокуріння, зловживання алкоголем, нездорове харчування та низька фізична активність. При цьому, основні заходи Проекту зосереджені на посиленні керівництва у сфері профілактики НІЗ, що в свою чергу передбачає напрацювання та удосконалення законодавства у цій сфері, посилення потужності СОЗ за рахунок покращення якості послуг з охорони здоров'я на рівні ПСМД, зокрема шляхом зміцнення потенціалу її фахівців щодо використання інструментів електронної системи охорони здоров'я, а також

збільшення обізнаності населення, в тому числі і школярів, щодо зміцнення здоров'я та попередження НІЗ.

Проект впроваджується у 7 пілотних областях України, де ключовими завданнями було визначено: зміцнення лідерства, керівництва, політики та міжгалузевої взаємодії і партнерства; зміцнення заходів профілактики НІЗ в клінічних і громадських умовах шляхом інтеграції мінімально необхідних заходів профілактики окремих захворювань у сфері послуг ПСМД; зниження рівня ризикової поведінки, яка впливає на смертність і захворюваність внаслідок НІЗ за допомогою комплексних втручань на базі громад щодо множинних факторів ризику (скорочення споживання тютюну, шкідливого вживання алкоголю, зниження споживання солі і поліпшення якості жирів, а також збільшення фізичної активності); зміцнення епіднагляду, моніторингу та оцінки НІЗ за допомогою орієнтованої на пацієнта комплексної інформаційної системи охорони здоров'я [113].

1.3. Обґрунтування необхідності подальших досліджень

Як свідчить проведений аналіз стратегічних документів ВООЗ, в ЄР, зокрема і в Україні, відсутні профілактичні стратегії, які стосуються боротьби з ризиком розвитку ХОТ, значущість яких в останні роки зростає як в ЄР, так і в Україні.

Законодавчі та нормативно-правові документи в Україні в аспекті ХОТ стосуються виключно окремих гастроентерологічних захворювань. Так, Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року» від 29.04.2013 № 637 [114] регулюється надання медичної допомоги пацієнтам з вірусними гепатитами, з метою профілактики захворюваності та зниження смертності від них. Надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю в цілому визначається Наказом МОЗ України від 28.12.2009 року № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю» [115]. Інші нормативно – правові документи за

спеціальністю «гастроентерологія» представлені, в основному, протоколами надання медичної допомоги при окремих гастроентерологічних патологіях та кваліфікаційними характеристиками спеціаліста зі спеціальності «Гастроентерологія», які визначають його посадові й функціональні інструкції. Зокрема, це Накази МОЗ України та ДООЗ ОДА: № 1051 від 28.12.2009 «Кваліфікаційна характеристика спеціаліста зі спеціальності «Гастроентерологія»; № 826 від 06.11.2014 р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах"; № 943 від 31.10.2013 р. «Уніфікований протокол стаціонарної медичної допомоги «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба»; № 638 від 10.09.2014 р. «Уніфікований протокол спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит»; № 613 від 03.09.2014 р. «Уніфікований протокол спеціалізованої медичної допомоги «Пептична виразка шлунку та дванадцятипалої кишки у дорослих»; № 1138 від 05.02.2013 р. «Про впровадження локальних протоколів медичної допомоги при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі»; № 768 від 07.10.2014 р. «Про впровадження локальних протоколів медичної допомоги при пептичній виразці шлунку та дванадцятипалої кишки та хронічних панкреатитах»; № 143 від 12.02.2015 р. «Про впровадження локальних протоколів медичної допомоги при неінфекційних гепатитах»[116].

Нормативно – правові документи в основному визначають стратегію боротьби з окремо взятим гастроентерологічним захворюванням або спрямовані на боротьбу з окремими факторами ризику їх розвитку чи лікування. При цьому, якісних змін у профілактичній діяльності в нашій країні поки що не відбулося: зусилля системи в основному зосереджені на виявленні захворювань без подальшої корекції стану хворих, а частка захворювань, що виявляються в ранніх стадіях обмежена за рахунок звуженої ролі первинної ланки (диспансерний нагляд часто здійснюється лікарями-спеціалістами без участі лікарів загальної практики) [117].

Крім того, як зазначено в наукових працях з вивчення даної проблематики [118,119], між Європою та Україною й досі існують як термінологічні, так і змістовні відмінності стосовно інструментарію профілактики НІЗ / ХОТ. Так, в Європі – основним дієвим інструментом вважаються скринінгові програми, в Україні традиційно ще з радянських часів – диспансеризація, першим етапом якої є профілактичні медичні огляди. При цьому, диспансерний підхід до профілактики в тому вигляді, як він існує в Україні, є застарілим і вступає в протиріччя з доведено ефективними міжнародними підходами.

Для підвищення якості та ефективності профілактичної роботи в нашій країні автори рекомендують прискорити роботу по створенню реєстру пацієнтів та розглянути можливість формування в країні національного органу, відповідального за політику у сфері профілактики.

Водночас, неможливо розглядати вплив прийняття різних стратегій профілактики виключно на один клас ХОТ. Враховуючи спільні детермінанти розвитку гастроентерологічних захворювань та основних НІЗ, формування державної політики з охорони здоров'я України повинно ґрунтуватись на основі стратегічних документів ВООЗ стосовно боротьби з НІЗ в цілому як основного аспекту боротьби з ХОТ. Однак, на теперішній час не існує жодної державної програми, жодного документа, який би комплексно формував стратегію протидії пандемії НІЗ у нашій країні, зокрема і щодо ХОТ в цілому.

Таким чином, в якості основи при розробці більш ефективних заходів у боротьбі з НІЗ та їх профілактиці можуть бути використані дані епіднагляду стосовно них. Моніторинг тенденцій і детермінант НІЗ, оцінювання успіхів, досягнутих у їх профілактиці та боротьбі з ними було однією із шести цілей Плану дій для здійснення Глобальної стратегії з профілактики і боротьби з НІЗ на 2008–2013 рр. та його наступника на період 2013–2020 рр. [120].

При цьому, як рекомендує ВООЗ, використання системи епідеміологічного моніторингу основних факторів ризику НІЗ повинно передбачати безперервність збору даних, що дозволить удосконалювати процес прийняття стратегічних

рішень, розробляти програми дій у галузі охорони здоров'я та пропаганди здорового способу життя.

Найбільш популярною міжнародною ініціативою цього напрямку є принцип поетапного здійснення моніторингу STEPS, запропонований ВООЗ як інструмент контролю виникнення НІЗ. Кінцевою метою проведення епіднагляду є вивчення особливостей поширення захворювань та оцінка ймовірності або ризику їх виникнення в різних групах населення для їх ефективного контролю і профілактики [121].

Ще одним із інструментів контролю ефективності проведення профілактичних програм в світі є методика оцінювання років втраченого потенційного життя (ВРПЖ) (Years of potential life lost, PYLL), практика застосування якої набула поширення в різних країнах з другої половини ХХ – на початку ХХІ сторіччя.

Індекс ВРПЖ дає змогу оцінити кількість років людського життя, недожитих до 65 років і відносну значимість окремих причин смерті [122]. Водночас, він являє собою об'єктивний і чутливий показник вимірювань, який базується на міжнародних і хронологічних порівняннях та надає точні цілі та оцінки для скорочення поширеності окремих захворювань за допомогою їх адекватної профілактики і лікування.

Крім того, розрахунки ВРПЖ застосовуються при обчисленні рекомендованого до використання експертами ВООЗ показника DALY, а в деяких країнах його включено в перелік індикаторів здоров'я населення (зокрема в Канаді) [123] з метою кількісної оцінки втрат суспільства, спричинених передчасною смертністю, що є інструментом обґрунтування прийняття політичних рішень щодо профілактичних програм.

Таким чином, практичне застосування розрахунків ВРПЖ рекомендується для оцінки проблем передчасної смертності та спричинених нею втрат потенційного життя, визначення цілей профілактичних заходів і можливого запобігання цим втратам, і, насамперед, для оцінки ефективності соціальної політики в цілому,

програмних заходів, реформ тощо, діяльності системи охорони здоров'я і навіть конкретної технології профілактики і лікування [124].

В Україні також все частіше оперують оцінками потенційних втрат людського життя через передчасну смертність, яка має вагомий внесок у скорочення СОТЖ населення та визначає величину економічних збитків. Зокрема, запропоновано використовувати показник ВРПЖ для оцінки ефективності політики в сфері охорони здоров'я і діяльності системи охорони здоров'я [17]. А в останні роки з'явилися публікації щодо величини і структури втрат в окремих вікових групах та від окремих причин [125].

З огляду на це, політика держави повинна базуватись на доказових соціальних та економічних детермінантах здоров'я, на диференційованій тактиці щодо підвищення якості життя різних груп населення з урахуванням фактичного стану здоров'я та їх потреб [126]. Проте, на сьогодні через недосконалість статистичної звітності ускладнюється навіть створення об'єктивної картини захворюваності та поширеності ХОТ. Статистичні дані охоплюють лише незначну частку патології, що створює певні труднощі у реєстрації, а головне у трактуванні показників здоров'я щодо ХОТ. Так, центром офіційної статистики МОЗ України лише в 2013 р. вперше були представлені окремими статистичними розділами показники за такими нозологіями, як гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, диспепсія, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, синдром подразненого кишечника та целиакія. Крім того, в Україні відсутня статистика, яка б відображала реальний рівень захворюваності вірусними гепатитами В і С як основних чинників ризику розвитку хронічних гепатитів (в одну статистичну одиницю входять токсичні та алкогольні, метаболічні, медикаментозні та вірусні гепатити). За даними ВООЗ, саме вони є в більшості випадках (у понад 80% випадків) етіологічною причиною розвитку хронічного гепатиту (ХГ).

Не менш складною є ситуація і щодо злоякісних новоутворень органів травлення. Створенню об'єктивної картини захворюваності та їх поширеності перешкоджають проблеми реєстрації вітального статусу онкохворих, значні регіональні відмінності інформації, що ускладнює реєстрацію і аналіз показників,

веде до неврахування регіональних особливостей, соціального складу населення тощо [127,128].

Враховуючи, що медико – демографічна криза в Україні характеризується різним ступенем її регіонального вираження, у подальшому важливо вивчати рівень втрат життєвого потенціалу в окремих регіонах України, як основи для підготовки національних стратегій їх соціально-економічного розвитку.

З огляду на це, вважаємо, що оцінка потенційних втрат людського життя в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ на регіональному рівні, дозволить удосконалити комплекс медико-соціальних і організаційних заходів профілактики гастроентерологічної патології та економічно обґрунтувати можливості застосування методу розрахунку втрачених років потенційного життя для оцінки проблем передчасної смертності від ХОТ населення Закарпатської області та мінімізації втрат спричинених ними, які несуть жителі регіону та українське суспільство в цілому.

Аналіз інформаційно – наукових джерел показав, що в Україні проблемі здоров'я населення в цілому надається велика увага і на цю тему накопичено багато знань. Однак, при оцінці стану здоров'я шляхом вивчення епідеміологічної ситуації стосовно ХОТ, дослідники, в основному, зосереджуються на вивченні клінічних аспектів патологій даного класу захворювань, пов'язуючи їх тільки з окремими чинниками, а роботи, в яких би висвітлювалися вплив комплексу факторів на формування стану здоров'я населення конкретного регіону, зокрема Закарпатської області, враховуючи його еколого – гігієнічні та медико – демографічні особливості є поодинокими. При цьому слід наголосити, що для Закарпатської області характерні унікальні еколого – гігієнічні особливості, які визначають медико – демографічну ситуацію в регіоні [129].

Вище наведене обумовлює необхідність подальшого вивчення проблеми втрат життєвого потенціалу населення з метою розробки науково – обґрунтованих заходів зі зменшення медико – демографічних та економічних втрат внаслідок

ХОТ у Закарпатській області, що і визначило актуальність проведення дисертаційного дослідження.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, МЕТОДИ І ОБСЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Виконана дисертаційна робота є результатом комплексного медико – соціального дослідження з метою наукового обґрунтування та розробки функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності населення внаслідок хвороб органів травлення на регіональному рівні.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, розробленої на основі системного підходу, яка передбачала його виконання у шість організаційних етапів з використанням сучасних методів наукового дослідження в обрахованих обсягах, що забезпечило комплексність дисертаційної роботи та можливість отримання репрезентативних результатів для оцінки стану об'єкту дослідження (рис. 2.1).

Перший етап дослідження передбачав на основі системного вивчення даних наукової літератури проведення кількісного і якісного аналізу демографічних проблем передчасної смертності населення внаслідок ХОТ, їх негативних медичних та соціально-економічних наслідків, основних детермінант розвитку і передчасної смертності внаслідок даних патологій, а також вивчення національного і міжнародного досвіду щодо зменшення передчасної смертності населення внаслідок ХОТ.

Другий етап дослідження включав вибір напрямку, формування мети, задач, програми, обґрунтування обсягів і методів дослідження, визначення форм збору первинної документації та розробку анкет соціологічного дослідження.

Вибір об'єкту дослідження обумовлено зростанням в Україні в останні роки значущості ХОТ як за їх поширеністю, так і за наслідками у вигляді втрати працездатності та смертності, а також недостатньою ефективністю

профілактичних програм і недостатнім рівнем доступності і якості медичної допомоги.

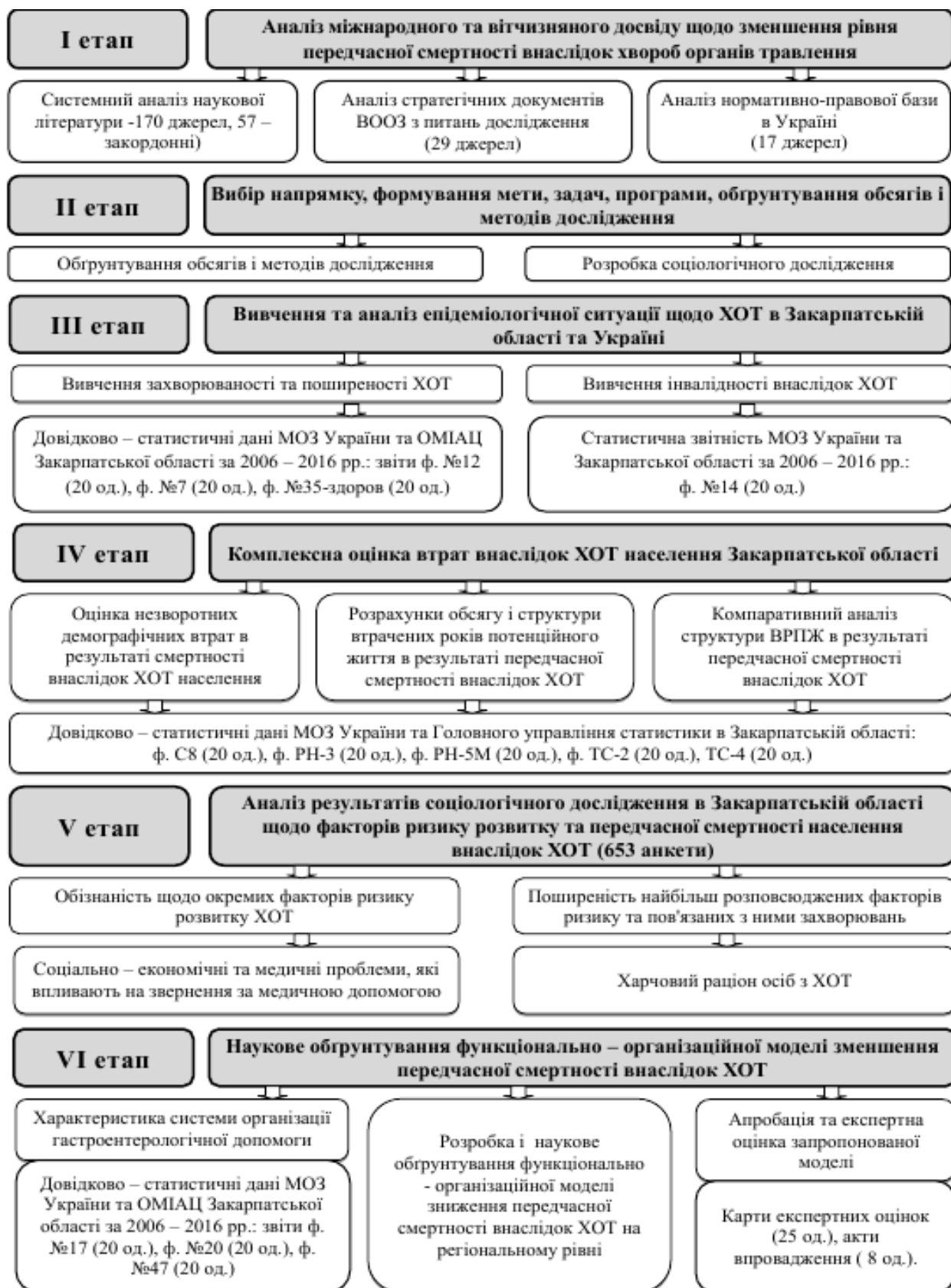


Рис. 2.1. Програма, матеріали та об'єм дослідження

Предметом дослідження були показники захворюваності, поширеності, інвалідності та смертності населення Закарпатської області внаслідок ХОТ, передчасна смертність населення Закарпатської області внаслідок ХОТ за статтю та місцем проживання, хворі на хвороби органів травлення, система охорони здоров'я Закарпатської області (базами наукового дослідження були 25 закладів охорони здоров'я Закарпатської області). Дослідження охоплювало період з 2006 р. по 2016 рік. Інформаційною базою наукового дослідження стали дані міжнародної та вітчизняної наукової літератури (170), в тому числі 57 закордонних.

Метою третього організаційного етапу стало на основі епідеміологічного методу вивчення було проведення аналізу епідеміологічної ситуації щодо ХОТ в Закарпатській області з метою виявлення регіональних особливостей у порівнянні з даними по Україні та розвинених країн світу. Інформаційною базою були статистичні форми ф. №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (180 од.), ф. №7 «Звіт про захворювання на злоякісні новоутворення» (20 од.), ф. №35-здоров «Звіт про хворих на злоякісні новоутворення» (20 од.), ф. №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (20 од.)

Четвертий організаційний етап передбачав проведення комплексної оцінки демографічних втрат населення Закарпатської області внаслідок ХОТ та визначення обсягу втрачених років потенційного життя в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ і показника ВРПЖ із застосуванням методу потенційної демографії. Інформаційною базою були статистичні форми ф. №17 «Звіт про медичні кадри» (20 од.), ф. №20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (20 од.), ф. №47-здоров «Звіт про мережу і діяльність медичних закладів» (20 од.), ф. С-8 «Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами» (20 од.), РН-3 «Середньорічна чисельність населення за статтю і віком» (20 од.), РН-5М «Середньорічна чисельність населення окремих вікових груп за статтю і віком» (20 од.), ТС-2 «Коефіцієнти смертності за статтю, віковими

групами і причинами» (20 од.), ТС-4 «Коефіцієнти смертності за статтю і причинами смертності за європейським стандартом» (20 од.).

В основу показників потенційної демографії покладено час, який у середньому проживе представник сукупності кожної вікової групи відповідно до рівня смертності, що існує в сучасних умовах у досліджуваній групі населення. Порогове значення задається в залежності від цілей розрахунку (в нашому випадку це 65 років) [17,131,169,170]. Розміри втрат життєвого потенціалу від окремих нозологій, усіх причин та певного класу в цілому представлено в людині – роках. Методом визначення втрат життєвого потенціалу населення було обрано його обчислення з урахуванням ймовірності дожиття до верхньої межі працездатного віку.

Алгоритм розрахунку втрат життєвого потенціалу населення за цим методом був використаний нами для обчислення кількості недожитих людині – років з урахуванням дожиття населення Закарпатської області до 65 років у 2016 році. Обчислення втрат життєвого потенціалу через передчасну смертність здійснювалось за формулою:

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

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

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

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

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

Показник ВРПЖ розраховувався за формулою:

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

Під час виконання *n'ятого організаційного етапу* було проведено соціологічне дослідження з вивчення чинників ризику захворюваності та передчасної смертності від хвороб органів травлення (ХОТ) населення Закарпатської області.

Соціологічне дослідження населення мало на меті збір інформації щодо наступних проблемних питань:

- обізнаності щодо окремих факторів ризику розвитку ХОТ (шкідливі звички, спосіб життя, харчування, еколого – гігієнічні чинники тощо);
- поширеності найбільш розповсюджених факторів ризику та пов'язаних з ними захворювань;
- наявних соціально – економічних проблем, які безпосередньо впливають на звернення з приводу наявного захворювання та отримання медичної допомоги;
- наявних соціально – економічних проблем, які безпосередньо впливають на характер і якість харчування;
- визначення харчового раціону осіб з ХОТ (складу/спектру за основними продуктовими групами та частоти споживання, певних вподобань тощо);
- готовності поступитись певними звичками заради покращення стану здоров'я;
- вивчення думки респондентів щодо можливого зв'язку раціону харчування та їх хвороби;
- вивчення думки опитаних щодо суб'єктивних причин розвитку гастроентерологічних захворювань (можливий вплив харчування в дитинстві на «стиль» харчування в дорослому віці);
- визначення місця здоров'я в ієрархії інших життєвих / особистісних цінностей.

Анкета розроблена автором, обговорена на засіданні кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету Ужгородського національного

університету, після врахування окремих зауважень і доповнень схвалена протоколом засідання кафедри № 4 від 18.11.2016 р. та комісією з біоетики УжНУ протоколом №4 від 30.11.2016 р. та представлена у додатку А–1.

Соціологічне дослідження здійснено методом анкетування населення віком 15 р. і старше з різних біогеохімічних зон мешкання Закарпатської області. Воно було вибіркоvim (включало опитування осіб, з гастроентерологічним захворюванням в анамнезі) та охоплювало період з січня по грудень 2016 року. Перед опитуванням респондентам пояснили цілі дослідження, його конфіденційність. Анкетування проводилося в ЗОЗ під час відвідувань лікарів та в стаціонарах ЗОЗ області. Обсяг вибіркової сукупності був розрахований.

Для визначення необхідного об'єму вибірки у загальному (тобто без врахування типу даних, виду статистичного методу, його потужності і т.д.) було використано формулу Паніотто [130,132], яка є спеціально розробленою для соціологічних досліджень (у нашому випадку анкетування). Вищезгадана формула має вигляд $n=N/(1+N \cdot e^2)$, де n – необхідне число спостережень у вибірковій сукупності, N – розмір генеральної сукупності, e – вірогідність помилки (0,05). Генеральною сукупністю виступала абсолютна кількість осіб із хворобами органів травлення в Закарпатській області станом на 2016 рік, тобто 201045 випадків. За результатами обчислень необхідний об'єм вибірки становив 400 респондентів. Роздано 800 анкет. Для аналізу було відібрано 653 анкети, які відповідали плану, меті дослідження та якісним вимогам (всі поля заповнені правильно). Активність респондентів склала 81,6%.

Об'єктом для аналізу виступали результати анкетування 653 осіб (мешканців різних біогеохімічних зон Закарпатської області) 15 років і старше, в анамнезі яких за даними звернень у ЗОЗ області було зареєстроване певне гастроентерологічне захворювання (гастрит / гастродуоденіт, виразка шлунку і дванадцятипалої кишки, холецистит, панкреатит, хронічний гепатит, цироз печінки, виразковий коліт / хвороба Крона, інше), з приводу якого в минулому було проведено амбулаторне або стаціонарне лікування (зі слів респондентів).

Ця вибірка статистична сукупність являється репрезентативною, оскільки

кількість одиниць спостереження складає 653 особи в цілому по області, а кількість опитаних в окремих біогеохімічних зонах Закарпатської області відповідала статеві-віковому розподілу населення на цих територіях у 2016 році. Визначення необхідного мінімального об'єму вибірки для оцінки достовірності різниці між окремими групами респондентів за певною ознакою, зокрема за чисельністю населення в різних біогеохімічних зонах проживання, не було необхідним, оскільки, наприклад, аналіз частоти гастроентерологічної патології залежно від нутритивного статусу населення у статеві – віковому аспекті проводився з урахуванням місця проживання респондентів (біогеохімічної зони), а кількість питань у самій анкеті (і відповідно кількість ознак / одиниць спостереження) становила більше 50. Таким чином, дані не втрачались, а потужність використаних для статистичного аналізу критеріїв зростала пропорційно збільшенню об'єму вибірки. Тому, статистичний аналіз було здійснено із врахуванням даних всіх 653 анкет, що збільшило можливість виявити достовірність різниці в частотах або впливу фактору (у більшій вибірці, порівняно з малою, більше шансів виявити вірогідно значимий ефект, якщо такий існує). Водночас, вибірка характеризується достатнім ступенем диференційованості ознак, як цього передбачають критерії розрахунку необхідної кількості одиниць спостереження [133,134]: включає всі елементи, які характеризують чинники ризику захворюваності та передчасної смертності від хвороб органів травлення (ХОТ) в певний момент на певній території, характеризується достатньою варіабельністю за віком, статтю, типом нозології, місцем проживання та іншими параметрами. Для всебічної характеристики досліджуваного явища та виокремлення ключових факторів, які впливають на частоту захворюваності на ХОТ та ризику передчасної смертності від них проведено комплексний статистичний аналіз даних соціопитування з урахуванням достовірності показників на основі різних методів [135] для якісних та кількісних даних, за нормального чи довільного закону розподілу ознак в досліджуваній сукупності, відповідно, для 1 або 2 чи більше (парних чи непарних) груп та спеціальних методик (кластерний та факторний аналіз, логістична регресійна модель).

Обчислення проводили у програмному середовищі для статистичного аналізу R 3.4.1.for Windows, яка поширюється на умовах відкритої ліцензії GNU GPL v2.0. Деякі пацієнти надавали кілька відповідей на окремі питання анкети, тому сума часток при аналізі розподілу відповідей не завжди досягала 100 %, а перевищувала їх. Описові характеристики відносних ознак представлені у вигляді "середнє арифметичне \pm стандартне відхилення".

Для порівняння розподілів номінальних ознак між групами використовували критерій χ^2 -квадрат з поправкою на неперервність Йейтса; для порівняння середніх значень відносних ознак застосовували t-критерій Стюдента у модифікації Уелча (для нерівних дисперсій). Завдяки достатньо великим розмірам порівнюваних груп та центральній граничній теоремі нормальний розподіл вибірових середніх є очікуваним, тому перевірку розподілу залишків на відповідність нормальному розподілу не проводили. Статистичну значимість відмінності між групами за ознаками, виміряними з використанням шкали Лайкерта, обчислювали за допомогою критерію співвідношення правдоподібності, що застосовувався до відповідних моделей порядкової логістичної регресії.

Аналіз стану здоров'я населення, розрахунок втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) та оцінка демографічних втрат через передчасну смертність проводилися як у цілому по регіону, так і з урахуванням трьох географічних ландшафтних зон Закарпатської області, особливістю якої є розподіл незалежно від адміністративного поділу за геоморфологічними та біогеохімічними характеристиками. У відповідності з цими особливостями всі райони групують по 3 ландшафтних біогеохімічних зонах:

- низинна – м. Ужгород, Ужгородський район, м. Мукачево, Мукачівський район, м. Виноградово, Виноградівський район та м. Берегово і Берегівський район;
- передгір'я – Тячівський, Свалявський, Хустський, Перечинський та Іршавський райони;
- гірська зона – Велико – Березнянський район, Міжгірський район, Воловецький і Рахівський райони.

Таким чином, комплексне застосування сучасних методів наукового дослідження дозволило з аналізом стану та діяльності існуючої системи гастроентерологічної допомоги отримати репрезентативні результати, базуючись на яких на *шостому, заключному етапі*, науково обґрунтовано функціонально – організаційну модель зниження смертності внаслідок хвороб органів травлення на регіональному рівні та представлено логічно – структурну схему її реалізації на базовому рівні.

Проведена експертна оцінка обґрунтованої моделі. У якості експертів залучили 25 науковців (3 д.мед.н., 4 к.мед.н.), організаторів охорони здоров'я (12) і практикуючих лікарів (6): більшість із вищою (55,5%) та першою (44,5%) кваліфікаційними категоріями. Анкета представлена в додатку А – 2.

Експертам було запропоновано оцінити окремі характеристики та складові розробленої за матеріалами дослідження функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ. Представлені складові запропонованої моделі експерти оцінювали за 10-бальною шкалою (від 0 – несуттєво до 10 – дуже важливо). З метою узагальнення отриманих результатів використовували середнє арифметичне значення (M) та його стандартну похибку ($\pm m$), а для вивчення узгодженості думок за кожним напрямом оцінювали варіабельність оцінок за їх стандартним відхиленням ($\pm \sigma$) та коефіцієнтом варіації (C_v) [136]. Прогнозовані за даними експертних оцінок показники медичної та економічної ефективності розраховували у відсотках до загальної суми відповідей із їх стандартними похибками ($\pm m$). Це дозволило критично оцінити та скорегувати схему реалізації представленої моделі, обрати відповідні критерії оцінки ефективності функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок ХОТ на регіональному рівні.

Таким чином, розроблена програма дисертаційного дослідження та її методичний апарат забезпечили отримання репрезентативних результатів, застосування сучасних методів статистичної обробки сприяли вирішенню поставлених завдань кожного з етапів та на основі яких обґрунтовано і розроблено функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності

внаслідок ХОТ на регіональному рівні.

РОЗДІЛ 3

ВИВЧЕННЯ ТА АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

3.1 Вивчення захворюваності та поширеності хвороб органів травлення в Закарпатській області та інвалідності внаслідок них за період 2006 – 2016 років

Сучасні соціально-демографічні процеси в Закарпатській області відображають основні тенденції, які склалися в Україні, але, водночас, мають специфічні особливості, що зумовлено низкою чинників: еколого-гігієнічних, медико-демографічних, соціально-економічних та історико-культурних. Часто дія цих чинників є поєднаною, що спричинює додаткові негативні впливи на стан здоров'я мешканців регіону [7,137].

Усвідомлюючи, що смертність є одним із найбільш важливих і достовірних показників громадського здоров'я, який характеризує здоров'я населення як у цілому, так і з точки зору найтяжчих наслідків певної патології, нами проведено вивчення та детальний аналіз таких показників стану здоров'я населення Закарпатської області як захворюваність і поширеність ХОТ та інвалідність внаслідок них.

Незважаючи на те, що в Закарпатській області медико-демографічна ситуація є відносно більш сприятливою, ніж по Україні в цілому [138,139], негативні зміни не обійшли і її. В динаміці за 1949 – 2008 рр. демографічна ситуація в Закарпатській області характеризувалася зменшенням рівня народжуваності, зростанням смертності населення із встановленням від'ємного приросту. Спостерігалось прогресування процесу старіння населення регіону, що, у свою чергу, прискорило подальше зменшення народжуваності та підвищення

смертності, уповільнення природного приросту населення, зумовило збільшення втрат демографічного, життєвого і трудового потенціалів, зростання демографічного навантаження на працездатних непрацездатними [140,141].

За офіційними даними, на тлі зниження в останні роки рівнів захворюваності та поширеності ХОТ серед всього населення України, саме в Закарпатській області були зареєстровані найвищі рівні первинної захворюваності на ХОТ за підсумками 2013 р. (4939,7 при середньому значенню по Україні 2776,5 на 100 тис. населення) [3,142,143,144]. Стан здоров'я населення області у 2016 році характеризувався значною питомою вагою ХОТ у структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення регіону всіх вікових груп (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Рівень захворюваності та поширеності ХОТ і їх частка в структурі хвороб населення окремих вікових груп (Закарпатська область, Україна, на 1000 населення, % 2016 р.)

Показник	Все населення	Частка, %	0-14 рр.	Частка, %	15-17рр.	Частка, %	18 р. і старше	Частка, %
Закарпатська область								
Поширеність ХОТ	160,1	4,1	83,4	6,5	126,4	8,6	181,4	11,0
Захворюваність на ХОТ	42,0	6,9	55,9	5,9	69,5	8,0	37,2	7,3
Україна								
Поширеність ХОТ	183,96	9,7	201,6	5,9	191,9	8,9	180,0	10,5
Захворюваність на ХОТ	27,8	4,1	43,5	3,3	57,1	4,6	21,96	4,4

Джерело: Держстат України (2016)

При нижчих показниках поширеності ХОТ серед всього населення області у 2016 р. відносно загальноукраїнських показників (на 13,0%) для дорослого населення 18 років і старших характерним було незначне перевищення національного показника (на 0,8%) і більша частка ХОТ у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення та дітей 0 – 14 р., ніж серед відповідних вікових груп населення в Україні.

Захворюваність на ХОТ в Закарпатській області в 2016 р. виявилась вищою, ніж в Україні в усіх вікових групах: на 51,2% серед всього населення, на 28,6% серед дітей 0 – 14 р., на 21,7% серед підлітків 15 – 17 р. та на 69,6% серед дорослого населення 18 р. і старших. Питома вага ХОТ у структурі захворюваності населення Закарпатської області також є вищою, ніж у структурі первинної захворюваності населення України в усіх вікових групах.

Нами було проведено аналіз захворюваності та поширеності ХОТ серед різних вікових груп населення Закарпатської області у динаміці за 2006 – 2016 рр., який виявив зниження показників захворюваності та поширеності ХОТ серед всього населення (на 23,2% і на 34,7% відповідно), дітей до 14 р. (на 18,4% та 27,3%) та дорослого населення 18 р. і старше – на 41,8% та 24,4% відповідно (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Динаміка захворюваності, поширеності ХОТ та індексу накопичення хворобу Закарпатській області в різних вікових групах (2006 – 2016 рр.)

Вікові групи	Динаміка змін 2016 /2006 у %		
	поширеність ХОТ	захворюваність на ХОТ	індекс накопичення хвороб
Все населення	– 23,2	– 34,7	+ 18,8
Діти 0 – 14 років	– 27,3	– 18,4	– 11,8
Підлітки 15 – 17 років	+ 47,1	+ 31,9	+12,5
Дорослі 18 р. і старших	– 24,4	– 41,8	+ 32,4

Це відбулось одночасно зі зменшенням частки ХОТ у структурі поширеності хвороб та захворюваності населення в цілому (у 3 та 4 рази відповідно). Однак, слід зауважити, що такий важливий показник як індекс накопичення хвороб за класом ХОТ серед всього населення області (тобто відношення поширеності хвороб до захворюваності) за досліджувані роки зріс на 18,8 %, серед дорослого населення – на 32,4%, й таке зростання виявилось найсуттєвішим серед усіх досліджуваних вікових груп. Водночас, серед дітей у динаміці за досліджуваний період відмічається зниження індексу накопичення

хвороб на 11,8%, що можна пояснити покращенням діагностики гастроентерологічних захворювань.

Серед підлітків (15-17 р.) Закарпатської області за цей період рівні захворюваності та поширеності ХОТ зросли на 31,2% та 47,1% (з одночасним збільшенням частки патології у структурах захворюваності і поширеності хвороб до 4,6 % та 8,9 % відповідно). Зріс також індекс накопичення хвороб (ІНХ) серед підлітків у динаміці за 2006 – 2016 рр. – на 12,5 %, що актуалізує проблему ХОТ серед даного контингенту населення регіону.

Можна констатувати, що при зниженні рівнів поширеності та захворюваності на ХОТ в Закарпатській області протягом досліджуваних років, залишаються невизначеними причини утримання їх високих рівнів, що унеможлиблює спробу назвати такі зрушення позитивними й потребує подальшого їх вивчення. Про це наочно свідчить динаміка індексу накопичення хвороб серед різних вікових груп населення регіону, причиною чого може бути зменшення звернень населення різних вікових груп за медичною допомогою внаслідок економічних, медико – демографічних та психологічних причин (зниження доступності для певних груп населення, брак коштів і часу, нехтування власним здоров'ям, недоліками диспансеризації, зокрема підлітків, тощо).

Рівень поширеності ХОТ серед дорослого населення в 2016 р. є вищим на 13,3%, ніж для всього населення регіону, причому таке переважання характерне і у 2006 р.(на 15%). Водночас, більшою є і частка ХОТ у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення у 2016 р., ніж у відповідній структурі серед всього населення Закарпатської області, й таке переважання стало більш суттєвим порівняно з 2006 роком.

На противагу поширеності, захворюваність на ХОТ серед дорослого населення регіону у 2016 р. виявилась нижчою, ніж серед всього населення області (на 11,4%), тоді як у 2006 р. була майже однаковою. Це свідчить про наявність і збереження у майбутньому актуальності своєчасного виявлення гастроентерологічних захворювань серед дорослого населення області та ефективного їх лікування для збереження його працездатності, й передбачає

відповідне навантаження на медичні заклади Закарпатської області. Частка ХОТ у структурі захворюваності населення 18 років і старше у 2016 р. є більшою, ніж для всього населення регіону (7,3% проти 6,9%), причому, відносно більша значущість патологій класу ХОТ для дорослого населення характерна з 2006 року (11,3% та 9,9 % відповідно) (табл. 3.3).

Табл. 3.3

Динаміка захворюваності, поширеності ХОТ та їх частки у структурі хвороб населення Закарпатської області (все населення, доросле населення, 2006 р., 2016 р., на 1000 нас., %)

Рік	все населення				доросле населення			
	поширеність		Захворюваність		Поширеність		Захворюваність	
	рівень	частка в структурі, %	рівень	частка в структурі, %	рівень	частка в структурі, %	Рівень	частка в структурі, %
2006	208,3	12,8	64,4	9,9	239,8	13,9	64,1	11,3
2016	160,1	9,7	42,0	6,9	181,4	11,0	37,2	7,3

У 2006 - 2016 рр. спостерігається тенденція до зниження показників захворюваності (на 41,9%) та поширеності ХОТ (на 24,4%) для дорослого населення, причому, більш суттєво, ніж серед населення області в цілому (на 34,7% та 23,2%). Одночасно, за цей період зменшилась і частка ХОТ у структурі поширеності хвороб та захворюваності.

У структурі захворюваності на ХОТ дорослого населення у 2016 р. переважали гастрити і дуоденіти (ГІД) – 17,1% (рис. 3.1).

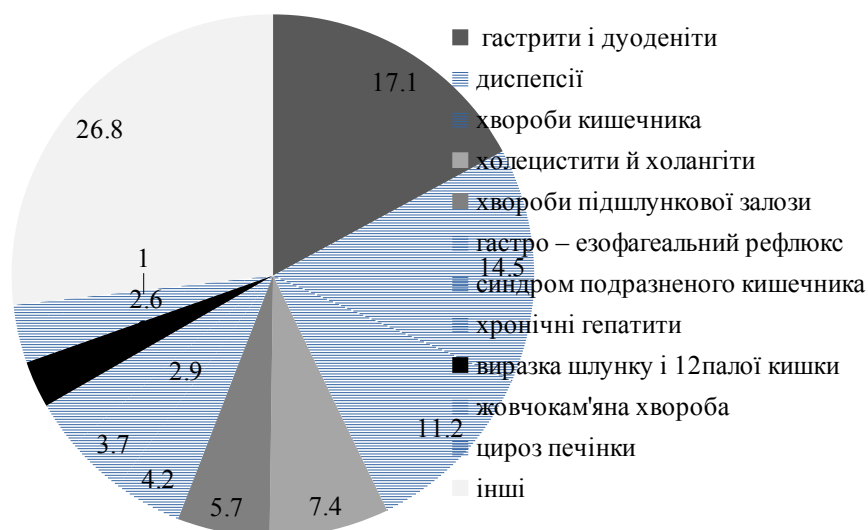


Рисунок 3.1. Структура захворюваності ХОТ серед дорослого населення Закарпатської області в 2016 р. (%)

Також її формують диспепсії (Д) – 14,5%, хвороби кишечника (ХК) – 11,2%, холецистити й холангіти (ХХ) – 7,4%, хвороби підшлункової залози (ХПЗ) – 5,7%, гастро – езофагеальний рефлюкс (ГЕР) – 4,2%, синдром подразненого кишечника (СПК) – 3,7%, хронічні гепатити (ХГ) та виразка шлунку і дванадцятипалої кишки (ВШ і ДПК) – 2,9%, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – 2,6%, цирози печінки (ЦП) – 1,0%, неспецифічний виразковий коліт (НБК) – 0,1%, хвороба Крона (ХКр) – 0,06% та целиакія (Ц) – 0,005%.

Структуру поширеності ХОТ серед дорослого населення регіону в 2016 р. формували: гастрити і дуоденіти (ГІД) – 23,2%, холецистити й холангіти (ХХ) – 17,2%, хвороби підшлункової залози (ХПЗ) – 12,0%, виразка шлунку і дванадцятипалої кишки (ВШ і ДПК) – 11,5%, хронічні гепатити (ХГ) – 10,5%, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – 5,4%, хвороби кишечника (ХК) – 4,0%, диспепсії (Д) – 3,1%, гастро – езофагеальний рефлюкс (ГЕР) – 1,7%, цироз печінки (ЦП) і синдром подразненого кишечника (СПК) – 1,1 %, неспецифічний виразковий коліт (НБК) – 0,1%, хвороба Крона (ХКр) – 0,04% та целиакія (Ц) – 0,006% (рис. 3.2).

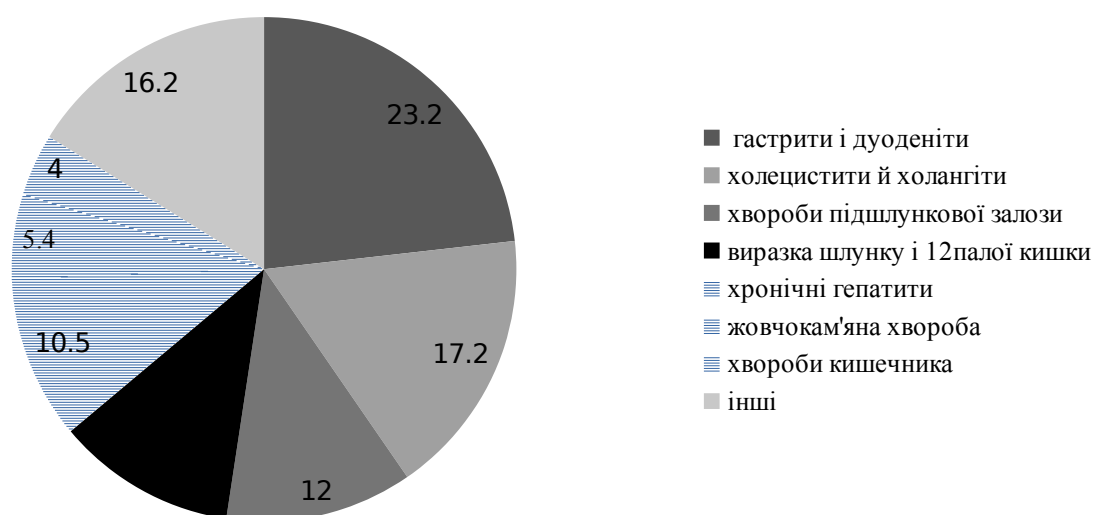


Рисунок 3.2. Структура поширеності ХОТ серед дорослого населення Закарпатської області в 2016 р. (%)

Збагачення спектру і зростання частки окремих нозологічних форм захворювань у структурі захворюваності дорослого населення Закарпатської області можна пояснити успіхами в їх діагностиці та збільшенням уваги медичних працівників щодо них. Свідченням цього є включення до обов'язкового реєстру в звітах лікувально – профілактичних закладів області таких захворювань як диспепсії, гастро – езофагеальний рефлюкс, синдром подразненого кишечника, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона та целиакія.

Слід зауважити, що попри тенденцію до зниження показників поширеності та захворюваності на ХОТ у динаміці за 2006 – 2016 рр., рівень захворюваності на ХОТ серед дорослого населення Закарпатської області в 2016 р. є значно вищим, ніж в Україні (майже на 70%) і таке переважання показників характерне з 2006 р. (на 161% або у 2,6 рази) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Захворюваність та поширеність ХОТ серед дорослого населення за нозологіями (Закарпатська область, Україна, на 1000 населення, 2006 р., 2016 р.)

Нозологія	2006				2016			
	Поширеність		захворюваність		поширеність		Захворюваність	
	област ь	Україн а	област ь	Україн а	област ь	Україн а	област ь	Україн а

Хвороби органів травлення	239,8	174,7	64,1	24,6	181,4	180,0	37,2	21,96
Виразка шлунку і 12-палої кишки	25,8	28,1	1,5	1,7	20,9	24,2	1,1	1,2
Гастрит і дуоденіт	63,2	43,4	10,4	4,3	42,1	42,7	6,4	3,4
Хвороби кишечника	7,7	7,1	2,95	1,7	7,3	7,3	4,2	1,8
Цироз печінки	2,1	1,3	0,5	0,3	1,9	1,3	0,4	0,2
Хронічні гепатити	20,9	8,3	2,3	0,8	19,0	8,6	1,1	0,5
Жовчнокам'яна хвороба	9,5	6,5	1,3	1,1	9,9	7,4	0,96	0,97
Холецистит, холангіт	42,7	37,2	5,2	3,1	31,2	37,9	2,8	2,5
Хвороби підшлункової залози	21,3	19,1	2,9	2,0	21,7	25,4	2,1	2,1

При цьому, поширеність ХОТ становить 181,4 і незначно перевищує загальноукраїнський показник (180,0 на 1000 дорослого населення).

Однак, хоч таке переважання і стало менш суттєвим, ніж в попередні роки, високий рівень поширеності ХОТ серед дорослого населення Закарпатської області залишається актуальною проблемою.

Для більшості нозологій класу ХОТ в Закарпатській області у 2016 р. також характерні вищі, ніж в середньому в Україні, рівні захворюваності та поширеності серед дорослого населення. Нижчими, ніж серед дорослого населення України в цілому, в Закарпатті виявилися лише показники поширеності ХХ (на 17,7 %), ХПЗ (на 14,6%), ВШ і ДПК (13,7%) і ГІД (на 1,3%) та захворюваності на ВШ і ДПК (на 10,8%), а також ЖКХ (на 0,8%).

За період 2006 – 2016 рр. поширеність та захворюваність на більшість ХОТ серед населення Закарпатської області характеризувалися тенденцією до зниження. Виключення становлять такі форми, як ЖКХ та ХПЗ, рівень поширеності яких серед дорослого населення регіону за досліджуваний період залишився майже на рівні десятирічної давнини та навіть незначно зріс на 4,2% та 1,6%, а також ХК, захворюваність на які за цей період зросла на 41,8%. У динаміці за 2006 – 2016 рр. поширеність ГІД серед дорослого населення Закарпатської області достовірно ($p \leq 0,05$) зменшилась на 33,3%, як і їх частка у структурі

поширеності хвороб. Однак, при зменшенні рівня захворюваності дорослого населення на ГІД у динаміці за цей же період на 38,6%, їх частка в структурі захворюваності населення області дещо зросла. Водночас, у 2016 р. рівень захворюваності на ГІД в області на 88,2% є вищим, ніж в Україні.

Незважаючи на зменшення рівнів захворюваності та поширеності ХХ серед дорослих (на 26,9% та 47,4%) та їх частки у відповідних структурах, у 2016 р. захворюваність на ХХ в Закарпатській області перевищує захворюваність на дану нозологію серед дорослого населення України на 9,3%.

Зростання показників захворюваності на ГІД та високі рівні захворюваності на ХХ серед дорослого населення досліджуваного регіону може бути пов'язано з покращенням спостереження за пацієнтами з груп ризику та використанням більш сучасної діагностичної апаратури й технологій.

Поширеність ХПЗ серед відповідного населення регіону за досліджувані десять років практично не змінилась, при одночасному зменшенні рівня захворюваності на дану патологію на 26,2% (на відміну від ситуації в Україні, для яких характерно зростання показників за досліджуваний період на 33,4% та 1,6% відповідно). При цьому, при меншому рівні поширеності патології в області на 14,6%, захворюваність на ХПЗ виявилась незначно вищою, ніж у країні (на 2,7%). Слід наголосити також, що у динаміці за 2006 – 2016 рр. частка даного захворювання зросла як у структурі поширеності хвороб, так і в структурі захворюваності дорослого населення області на 34,8% та 26,7% відповідно. Зростання показників поширеності даної патології, при одночасному зменшенні рівня захворюваності, свідчить про хронізацію захворювань підшлункової залози. Причиною цього може бути поширення самолікування серед населення й звернення за медичною допомогою тільки у разі загострення перебігу хвороби.

Зростання частки в структурі поширеності хвороб та захворюваності дорослого населення області за досліджуваний період характерно і для ВШ і ДПК (на 6,5% та 26,1% відповідно) ($p \leq 0,05$). При цьому, поширеність та захворюваність на дану патологію в динаміці за досліджуваний період зменшились на 19,2% та 27,3% серед дорослого населення Закарпаття і є

нижчими, ніж серед відповідного населення в Україні на 13,4% та 10,8% відповідно. З одного боку, таку ситуацію можна пояснити успіхами в лікуванні ВШ і ДПК, з іншого – зростання частки патології, скоріше, також свідчить про хронізацію захворювань і зменшення частоти звернень за медичною допомогою.

Аналіз поширеності ХГ серед населення 18 р. і старше виявив незначне її зменшення за 2006 – 2016 рр. (на 9,0%), при одночасному зростанні частки ХГ у структурі поширеності хвороб на 20,7%. Захворюваність на ХГ дорослого населення області зменшилась більш суттєво (на 52,0%), як і частка ХГ у структурі захворюваності населення (на 17,1%). При цьому, рівень захворюваності та поширеності ХГ у 2016 р. серед досліджуваного контингенту в Закарпатській області виявився більш, ніж у двічі вищим, ніж в Україні (1,1 проти 0,5 та 19,0 проти 8,6 на 1000 населення). Така ситуація потребує вивчення та аналізу причин утримання високих показників поширеності та захворюваності на ХГ й пошуку шляхів вирішення проблеми.

Залишилась практично на тому ж рівні поширеність ЖКХ, натомість, захворюваність на ЖКХ населення 18 р. і старше за десять років, навпаки, зменшилась на 28,1%, при одночасному зростанні її частки в структурі захворюваності дорослого населення ($p \leq 0,05$). Рівень поширеності патології, при цьому, перевищує національний рівень на 33,8%, а захворюваності – відповідає загальноукраїнському рівню (0,96 в області та 0,97 на 1000 населення в Україні). На нашу думку, зменшення показників захворюваності пов'язане зі зменшенням звернень за медичною допомогою через соціально – економічні причини, зокрема через значні витрати на діагностику захворювань гепатобіліарного тракту.

В Закарпатській області відмічається зниження показників загальної захворюваності на ЦП на 10,7%. Рівень захворюваності на ЦП у динаміці за 2006 – 2016 рр. зменшився в досліджуваному регіоні на 30,6%, що відповідає змінам показника в Україні (– 27,8%). Однак, як і для більшості нозологій класу ХОТ, для ЦП характерно зростання частки в структурі поширеності хвороб та захворюваності дорослого населення області. Водночас, поширеність та захворюваність на ЦП у Закарпатській області також перевищує

загальноукраїнські рівні (відповідно на 42,8% та 61,5%) ($p \leq 0,05$), що визначає актуальність проблеми.

За період 2006 – 2016 рр. поширеність ХК в Закарпатській області серед дорослого населення зменшилась на 4,9% ($p \leq 0,05$). При цьому, рівні поширеності ХК серед дорослого населення області в 2016 р. сягають середньостатистичних в Україні (7,3 на 1000 нас.). Рівень захворюваності на ХК в області в динаміці, натомість, зріс аж на 63,1%, тобто у 2,3 рази перевищив національний показник ($p \leq 0,05$). Одночасно, ХК мають однакову частку в структурі поширеності хвороб серед дорослого населення як у країні, так і в Закарпатті (4,0%) та відносно більшу частку – в структурі захворюваності населення області.

Слід зауважити, що попри неможливість оцінити динаміку змін показників поширеності та захворюваності дорослого населення Закарпатської області на такі гастроентерологічні захворювання як диспепсії, гастро – езофагеальний рефлюкс, синдром подразненого кишечника, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона та целіакія внаслідок відсутності даних щодо них у документах офіційної звітності в 2006 році, виявлено певні відмінності їх рівнів серед дорослого населення в області порівняно з Україною в 2016 році. Так, серед дорослого населення Закарпатської області рівень поширеності та захворюваності більшості з них значно переважає загальноукраїнські значення: для Д в 3,7 та 6,8 рази, ГЕР – в 1,5 та 2,4 рази, СПК – в 1,9 та 3,3 рази, ХКр – в 1,1 та 2,8 рази ($p \leq 0,05$). Для НВК, навпаки, характерно переважання рівня поширеності серед дорослого населення держави – в 1,1 рази. Натомість, рівень захворюваності дорослого населення на НВК виявився вищим у 2016 р. саме в Закарпатській області (в 1,3 рази) ($p \leq 0,05$). На рівні та незначно нижчими за загальноукраїнські значення в області виявились тільки показники поширеності та захворюваності на целіакію ($p \leq 0,05$), можливою причиною чого є брак можливостей діагностики даної патології в області та значна вартість супутніх лабораторних досліджень (значні затрати часу на проведення обстеження, кращі діагностичні можливості у приватних лабораторіях, що збільшує фінансове навантаження на пацієнтів, й відповідно, створює нерівні умови доступу до медичних послуг) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Рівень захворюваності та поширеності окремих нозологій класу ХОТ (Закарпатська область, Україна, на 1000 дорослого населення, 2016 р.)

Нозології класу ХОТ	Поширеність		Захворюваність	
	Закарпатська область	Україна	Закарпатська область	Україна
Гастро–езофагеальний рефлюкс	3,2	2,1	1,5	0,7
Диспепсія	5,6	1,5	5,4	0,8
Хвороба Крона	0,07	0,06	0,02	0,01
Неспецифічний виразковий коліт	0,2	0,2	0,04	0,03
Синдром подразненого кишечника	1,96	1,1	1,4	1,4
Целіакія	0,01	0,01	0,002	0,005

Вочевидь, причиною такої значної відмінності між обласними та загальноукраїнськими показниками є діагностичні успіхи виявлення даних патологій серед населення Закарпатської області за рахунок раціоналізації діяльності спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, забезпечення доступності, зокрема для сільського населення, за рахунок розвитку мережі приватних медичних закладів та діагностичних лабораторій, підвищення її якості та ефективності. Однак, залишаються невирішеними ряд проблем і чинників, які сприяють накопиченню хронічної гастроентерологічної патології в динаміці за 2006 – 2016 рр., що потребує подальшого вивчення причин такої ситуації. Свідченням цього є тенденція до зростання за досліджуваний період індексу накопичення хвороб (ИНХ) серед дорослого населення області як для окремих гастроентерологічних захворювань, так і для всього класу ХОТ (рис. 3.3).

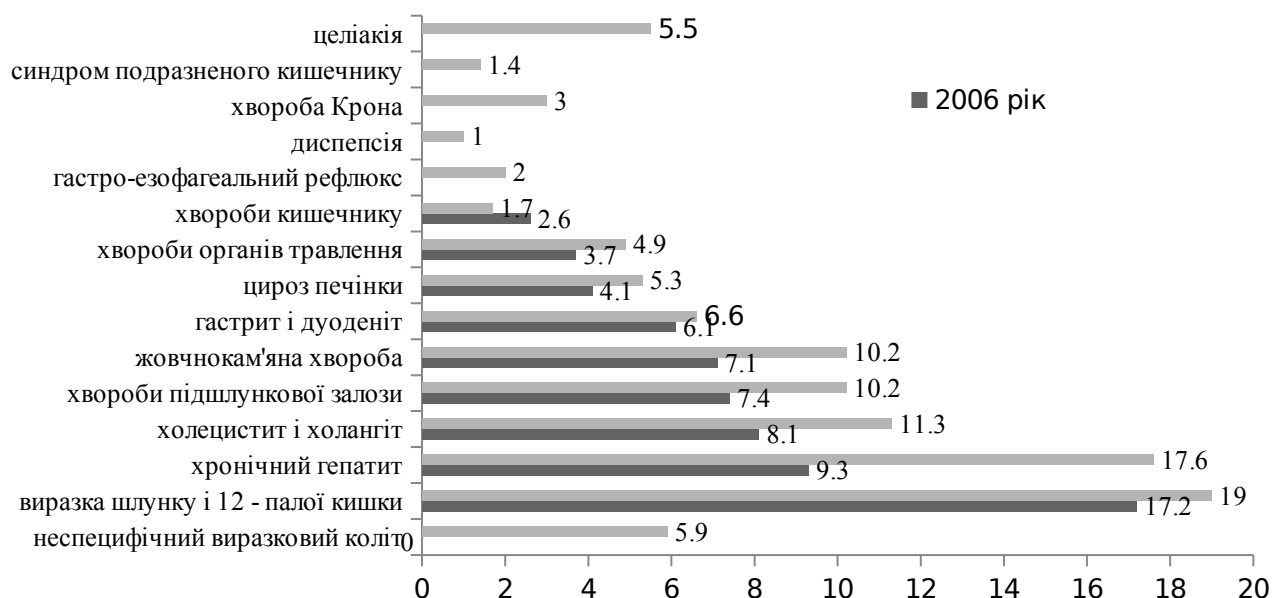


Рисунок 3.3. Індекс накопичення хвороб серед дорослого населення Закарпатської області (2006 р., 2016 р.)

Таким чином, при тенденції до зниження показників захворюваності та поширеності більшості гастроентерологічних захворювань та всього класу ХОТ, індекс їх накопичення серед дорослого населення Закарпатської області в динаміці за досліджувані десять років достовірно зріс ($p \leq 0,05$). Приріст ІНХ для всіх ХОТ у динаміці за 2006 – 2016 рр. становить + 32,4 %, для ВШ і ДПК –(+10,5 %), ГІД – (+ 8,2 %), ЖКХ – (+ 43,7 %), ХХ – (+39,5 %), ХПЗ – (+37,8 %), ЦП – (+ 29,3 %). Найбільший приріст ІНХ характерний для ХГ – (+ 89,2 %), що акцентує увагу на покращенні діагностики даної хвороби.

Виключення становлять ХК, індекс накопичення яких за досліджуваний період знизився на 34,6% ($p \leq 0,05$).

Відмінності у захворюваності та поширеності гастроентерологічних захворювань та величинах індексу їх накопичення серед дорослого населення Закарпаття є результатом впливу великого спектру чинників різного походження, сила дії яких є варіативною й потребує детального вивчення. Зважаючи на еколого – гігієнічні особливості області, нами проведено аналіз рівнів захворюваності та поширеності ХОТ серед дорослого населення в різних біогеохімічних зонах регіону.

Так, найвищі рівні захворюваності та поширеності ХОТ серед дорослого населення в 2016 р. реєструвалися в передгірській зоні (42,7 та 185,0 на 1000 нас). При цьому, поширеність ХОТ є незначно вищою, ніж у низинній зоні (184,7 на 1000 нас.) та на 14,4% вищою, ніж у гірській зоні ($p \leq 0,05$). Рівень захворюваності на ХОТ у передгірській зоні вищий на 26,2 %, ніж у низинній, та на 26,8% – ніж у гірській ($p \leq 0,05$). Вищі показники саме у передгірській та низинній зонах можуть бути пов'язані із доступністю медичної допомоги для населення, оскільки тут розгорнута значна кількість закладів охорони здоров'я і розвинута мережа приватних лікувально – профілактичних і діагностичних установ саме в цих зонах.

Рівень поширеності ХОТ серед населення низинної та передгірської зон перевищує обласні значення, натомість, у гірській зоні поширеність ХОТ серед дорослого населення нижча, ніж в області на 10,8%. Нижчими за загальнообласні значення виявились і рівні захворюваності на ХОТ населення низинної та гірської зон (на 9,2% та 9,5%), натомість у передгірській зоні Закарпатської області відмічається переважання обласного рівня захворюваності на ХОТ дорослого населення в 2016 р. на 14,6% ($p \leq 0,05$).

Поширеність ХОТ в усіх трьох біогеохімічних зонах є вищою серед дорослого населення, ніж серед населення в цілому: на 12,2% у низинній, на 14,7% – у передгірській та на 12,6% у гірській зоні. Натомість, рівень захворюваності на ХОТ дорослого населення всіх біогеохімічних зон виявився нижчим, ніж для всього населення у відповідних зонах дослідження: на 13,5 %, 5,9 % та 20,2 % ($p \leq 0,05$) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Захворюваність та поширеність ХОТ серед населення різних біогеохімічних зон Закарпатської області у 2016 р. (все населення, дорослі 18 р. і старше, на 1000 нас.)

Зона / населення	Низинна		Передгірська		Гірська	
	доросле населення	все населення	доросле населення	все населення	доросле населення	все населення
Поширеність	184,7	164,6	185,0	161,2	161,7	143,6

Захворюваність	33,8	39,1	42,7	45,4	33,5	42,2
ь						

За період 2006 – 2016 рр. відмічалось достовірне ($p \leq 0,05$) зниження захворюваності та поширеності ХОТ у всіх трьох біогеохімічних зонах області (рис. 3.4).

Рівень поширеності ХОТ серед населення 18 років і старших у низинній зоні зменшився на 27,1%, у передгірській – на 23,5% та на 16,2% у гірській зоні. Зменшення захворюваності на ХОТ в низинній зоні становило 45,6%, у передгірській – 40,7%, у гірській – 32,4%. Проте, незважаючи на такі позитивні зрушення у динаміці ХОТ за досліджуваний період індекс їх накопичення поступово зростає. Так, ІНХ серед дорослого населення низинної зони становить 5,5 (за 2006 – 2016 рр. зріс на 34,1%). У передгірській зоні він становить 4,3 й на 26,5% є більшим, ніж у 2006 році ($p \leq 0,05$). У гірській зоні також відбулося зростання рівня ІНХ на 23,1% (з 3,9 до 4,8 або).

Накопичення хронічної гастроентерологічної патології серед населення різних зон області розкриває сутність проблем діагностики та лікування в умовах різного доступу населення Закарпатської області до медичних послуг.

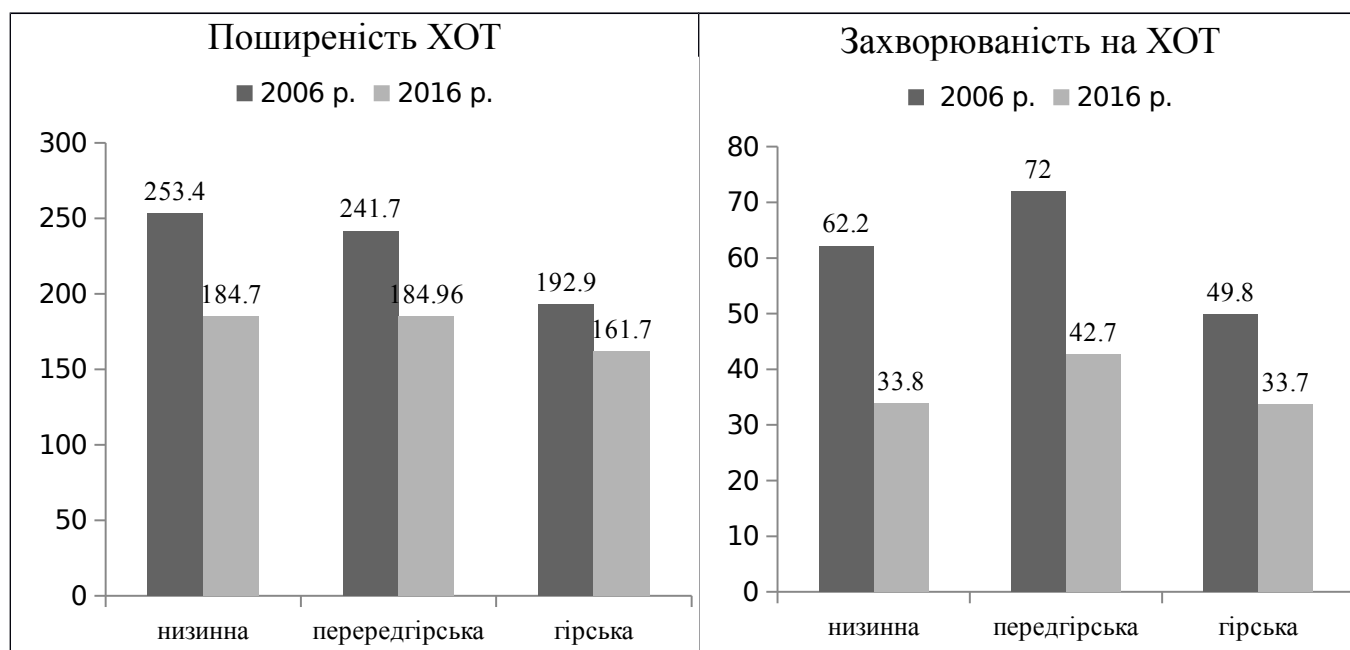


Рисунок 3.4. Захворюваність та поширеність ХОТ серед дорослого населення різних біогеохімічних зон Закарпатської області (на 1000 нас., 2006 р., 2016 р.)

Для окремих захворювань класу ХОТ характерні певні особливості захворюваності та їх поширеності серед населення в різних біогеохімічних зонах. Різною також виявилась і динаміка цих показників за 2006 – 2016 рр. (табл. 3.7).

Як видно з наведених даних, найвищий рівень поширеності та захворюваності на ВШ і ДПК серед дорослого населення в 2016 році відмічається у низинній зоні (2146,6 та 142,3 на 100 тис. нас. проти 2102,1 та 81,8 у передгірській і 1875,2 та 78,4 на 100 тис. відповідного населення у гірській зоні). При цьому, поширеність даної патології тільки незначно перевищує відповідний рівень у передгірській зоні (на 2,1%) й на 14,5% є вищою, ніж у гірській ($p \leq 0,05$). Водночас, показник захворюваності на ВШ і ДПК дорослого населення низинної зони майже удвічі був вищим, ніж у передгірській та гірській зонах (на 74,0% та 81,5% відповідно) ($p \leq 0,05$).

За 2006 – 2016 рр. поширеність та захворюваність на ВШ і ДПК дорослого населення достовірно зменшилась у всіх біогеохімічних зонах: на 15,3% та 4,9% у низинній, на 26,9% та 47,2% у передгірській, та на 6,0% й 44,8% у гірській зонах ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3.7

Динаміка поширеності та захворюваності на ХОТ дорослого населення Закарпатської області за окремими нозологіями та біогеохімічними зонами (на 1000 дорослого населення, %, 2006 р., 2016 р.)

Нозології	показник	Низинна зона		Передгірська зона		Гірська зона	
		поширеність	захворюваність	поширеність	захворюваність	Поширеність	Захворюваність
Виразка шлунка та 12 палої кишки	на 1000	21,5	1,4	21,0	0,8	18,8	0,8
	2016/2006	-15,3	-4,9	-26,9	-47,2	-6,0	-44,8
Гастрит і дуоденіт	на 1000	39,2	3,4	48,7	10,6	33,9	4,5
	2016/2006	-35,6	-59,4	-30,6	-18,7	-34,6	-52,5
Хвороби кишечника	на 1000	7,2	2,96	7,7	5,9	6,9	3,6
	2016/2006	-29,5	-10,4	-41,3	-67,6	+17,3	+51,6

Цироз печінки	на 1000	1,7	0,4	2,4	0,4	1,3	0,3
	2016/2006	-21,2	-44,0	+3,2	+3,2	-19,6	-49,2
Хронічні гепатити	на 1000	22,1	1,3	17,6	0,9	13,4	0,9
	2016/2006	-18,2	-54,6	+10,1	-45,3	-9,5	-55,2
Жовчнокам'яна хвороби	на 1000	11,3	1,1	9,1	0,9	7,3	0,9
	2016/2006	+1,1	-22,9	+5,1	-27,7	+18,0	-42,8
Холецистит і холангіт	на 1000	32,7	3,1	29,8	2,3	29,96	2,8
	2016/2006	-36,2	-50,9	-17,8	-45,8	-7,2	-36,0
Хвороби підшлункової залози	на 1000	23,3	2,4	19,8	1,8	21,7	2,2
	2016/2006	+0,4	-25,2	+5,9	-22,5	-3,1	-31,1

Слід наголосити також, що незважаючи на значні темпи зниження рівнів захворюваності та поширеності ВШ і ДПК серед дорослого населення передгірської зони, показники їх сягли рівня відповідних показників у низинній зоні. Причиною цього може бути зменшення звернень за медичною допомогою з приводу ВШ і ДПК дорослого населення передгірської зони, на користь чого свідчить найвищий індекс накопичення даного захворювання серед населення даної зони – 25,7 (15,1 – у низинній зоні та 23,9 – у гірській зоні). Водночас, попри найнижчі рівні захворюваності та поширеності ВШ і ДПК серед населення гірської зони, у динаміці за 2006 – 2016 рр. тут відмічався найбільший приріст індексу накопичення даної патології – 69,5% (проти + 38,2% у передгірській та, навпаки, зменшення на 10,7% у низинній зоні). Така динаміка ІНХ може бути пов'язана з наявністю проблем діагностики ВШ і ДПК у гірській зоні, про що свідчить й величина частки даної патології у структурі поширеності ХОТ серед

дорослого населення гірської зони. В 2016 р. вона була такою ж, як і в низинній зоні (11,6%) та навіть незначно перевищувала відповідну в передгірській зоні (11,4%).

За період, що досліджувався, спостерігалось зменшення показників поширеності та захворюваності на ГІД у всіх біогеохімічних зонах: на 35,6% та 59,4% у низинній, на 30,6% та 18,7% у передгірській, та на 34,6% і 52,5% у гірській зонах ($p \leq 0,05$). Найвищі рівні поширеності та захворюваності на ГІД дорослого населення в 2016 р. реєструвалися в передгірській зоні (48,7 та 10,6 на 1000 осіб). Переважання відносно інших зон було достовірним. Так, поширеність ГІД на 24,2% є більшою, ніж у низинній зоні, та на 43,7%, ніж у гірській. Показник захворюваності на ГІД дорослого населення передгірської зони на 210% є вищим, ніж у низинній зоні (10,6 проти 3,4 на 1000 відповідного населення) та на 134% – ніж у гірській зоні (4,5 на 1000 відп. населення) ($p \leq 0,05$). На нашу думку збільшення доступності сільського населення до медичних послуг сприяло зниженню за досліджуваний період індексу накопичення ГІД серед дорослого населення передгірської зони на 14,8%, на відміну від низинної та гірської зон, серед населення яких він зріс на 59,7% та 38,9% відповідно) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка індексу накопичення окремих нозологічних форм ХОТ серед дорослого населення в різних біогеохімічних зонах Закарпатської області (на 1000 відповідного населення, %, 2016 / 2006 рр.)

Нозології	Низинна зона		Передгірська зона		Гірська зона	
	ІНХ	2016/2006	ІНХ	2016/2006	ІНХ	2016/2006
Виразка шлунку і 12-палої кишки	15,1	-10,7	25,7	+38,2	23,9	+69,5
Гастрит і дуоденіт	11,5	+59,7	4,6	-14,8	7,5	+38,9
Хвороби кишечника	2,4	-36,8	1,3	-13,3	1,9	-24,0
Цироз печінки	4,8	+41,2	5,7	0	5,1	+59,4
Хронічні гепатити	17,2	+79,2	19,3	+101,0	15,2	+102,0
Жовчнокам'яна хвороба	10,5	+31,3	10,7	+44,6	8,0	+105,1
Холецистити й холангіти	10,6	+29,3	12,8	+52,4	10,5	+43,8
Хвороби підшлункової залози	9,7	+34,7	11,1	+37,0	9,8	+50,8

Вищою у 2016 р. виявилась серед дорослого населення передгірської зони і питома вага ГІД: 26, % проти 21,2% у низинній та 21,0% у гірській зоні (в

структурі поширеності); 24,8% проти 10,1% у низинній й 13,4% у гірській зоні(у структурі захворюваності). Дані щодо значущості ГІД для дорослого населення різних біогеохімічних зон Закарпатської області можуть бути використані для розробки конкретних лікувальних і профілактичних заходів, розробки форм і методів роботи окремих служб на різних рівнях надання медичної допомоги дорослому населенню області.

Нами було встановлено достовірне зростання показників поширеності та захворюваності на ХК дорослого населення у гірській зоні (+17,3% та + 51,6% відповідно) ($p \leq 0,05$). Натомість у низинній і передгірській зонах відмічається зниження показників захворюваності (на 10,4% та 67,6% відповідно) та поширеності ХК (на 29,5% та 41,3% відповідно) ($p \leq 0,05$). Найнижчим виявився також індекс накопичення даної патології у 2016 р. в усіх трьох біогеохімічних зонах відносно інших нозологій класу ХОТ (2,4 у низинній, 1,3 у передгірській та 1,9 у гірській зонах) й за 2006 – 2016 рр. відмічається його зниження в усіх зонах (на 36,8% у низинній зоні, на 13,3% у передгірській і на 24,0% у гірській зонах), що може свідчити про покращення діагностики захворювань кишечника та ефективне їх лікування. При цьому, найвищі рівні поширеності та захворюваності на ХК були зареєстровані саме в передгірській зоні (7,7 та 5,9 на 1000 дорослого населення): поширеність ХК виявилась на 6,9% вищою, ніж у низинній зоні (7,2 на 1000 нас.) та на 10,3%, ніж у гірській (6,9 на 1000 відповідного населення); захворюваність – на 98,3% та 63,2% вищою, ніж у низинній (2,96 на 1000 нас.) та гірській (3,6 на 1000 нас.) зонах відповідно ($p \leq 0,05$). Для дорослого населення передгірської зони більшою є і частка ХК у структурі поширеності ХОТ та захворюваності – 4,1% та 13,1% проти 3,9% і 8,8% у низинній зоні та 4,3% і 10,7% у гірській зоні. Можливою причиною цього, як уже зазначалось, є покращення доступності медичних і діагностичних послуг для міського і сільського населення передгірської зони.

Тільки серед населення передгірської зони визначено зростання захворюваності та поширеності ЦП (на 3,2% та 3,2%). За досліджуваний період, поширеність та захворюваність на ЦП серед дорослого населення в низинній та

гірській зонах зменшилася: на 21,2% й 44,0% у низинній зоні та на 19,6% й 49,2% у гірській зоні ($p \leq 0,05$). При цьому, рівень поширеності ЦП серед дорослого населення у передгірській зоні (2,4 на 1000 нас.) є на 42,5% вищим, ніж у низинній (1,7) та на 84,4% вищим, ніж у гірській зоні (1,3). Захворюваність на ЦП серед дорослого населення цієї зони також є вищою (0,4 на 1000 нас.), ніж серед дорослого населення низинної (0,35) та гірської зон (0,26): на 20,8% та 65,0% відповідно ($p \leq 0,05$). Водночас, індекс накопичення ЦП в динаміці за досліджувані роки зріс більш, ніж наполовину в низинній та гірській зонах (+41,2% та 59,4%), а в передгірській залишається сталим протягом досліджуваних десяти років і є найвищим серед дорослого населення області – 5,7 (4,8 – у низинній зоні, 5,1 – у гірській). Значущість ЦП як однієї з найтяжчих патологій класу ХОТ для дорослого населення передгірської зони також була більшою, ніж в інших зонах області, що виражалось більшою часткою патології в структурі поширеності ХОТ (1,3% проти 0,9% у низинній зоні та 0,8% у передгірській). У структурі захворюваності на ХОТ питома вага ЦП залишилась майже однаковою (близько 1,0%).

Найвищі рівні поширеності та захворюваності на ХГ у 2016 р. реєструвалися в низинній зоні (22,1 та 1,3 на 1000 населення проти 17,6 та 0,9 у передгірській і 13,4 та 0,9 у гірській зонах). Частка ХГ у структурі захворюваності (3,8%) та поширеності ХОТ (12,0%) серед дорослого населення низинної зони також виявилась більшою, ніж в передгірській (2,1% та 9,5%) та гірській зонах області (2,6% та 8,3%). При цьому, в динаміці за 2006 – 2016 рр. в усіх зонах області відмічалася тенденція до зниження показників захворюваності на ХГ більш, ніж наполовину: на 54,6% у низинній зоні, на 45,3% - у передгірській та на 55,2% у гірській зоні. Натомість, зменшення поширеності ХГ відмічено в ці роки тільки серед дорослого населення низинної та гірської зон – на 18,2% та 9,5% ($p \leq 0,05$). Серед дорослого населення передгірської зони поширеність ХГ за досліджувані роки, навпаки, зросла на 10,1%. Однак, попри нижчі рівні поширеності та захворюваності на ХГ серед дорослого населення передгірської зони, індекс накопичення цієї патології тут виявився вищим, ніж у низинній (19,3

проти 17,2) та гірській зонах області (15,2). Саме накопичення хронічних форм хвороб печінки може бути однією з причин у відмінностях показників захворюваності та поширеності ХГ в різних зонах Закарпатської області. Свідченням цього може бути і динаміка індексу накопичення даної патології серед дорослого населення різних зон.

Так, за 2006 - 2016 рр. приріст індексу накопичення ХГ у низинній зоні склав 79,2% (з 9,6 до 17,2), а серед населення передгірської та гірської зон – аж 101,0% (з 9,6 до 19,3) та 102,7% (з 7,5 до 15,2) ($p \leq 0,05$). Вочевидь, населення гірської та передгірської зони менше звертається за медичною допомогою з приводу хронічних гепатитів, що пов'язано з низьким рівнем санітарної культури, що впливає на виявлення і повноту реєстрації випадків захворювання.

На нашу думку, про таку ситуацію свідчать і показники поширеності та захворюваності на ЖКХ. Достовірний приріст ($p \leq 0,05$) показників поширеності ЖКХ за 2006 – 2016 рр. визначено в усіх трьох біогеохімічних зонах: на 18% у гірській (з 6,2 до 7,3 на 1000 дорослого населення), на 5,5% у передгірській (з 8,7 до 9,1 на 1000 нас.) та незначно (+1,1%) у низинній зоні (з 11,1 до 11,3 на 1000 нас.). Натомість захворюваність на ЖКХ у всіх зонах за цей період зменшується: на 22,9% у низинній зоні (із 1,4 до 1,1 на 1000 нас.), на 27,7% у передгірській зоні (із 1,2 до 0,9 на 1000 нас.), на 42,8% у гірській біогеохімічній зоні (із 1,6 до 0,9 на 1000 нас.). Рівні поширеності та захворюваності на ЖКХ також були вищими у низинній зоні (на 23,5% й 25,9%, ніж у передгірській та на 54,6% й 17,7%, ніж у гірській зоні). Однак, попри найменший показник поширеності ЖКХ у гірській зоні, рівень захворюваності на дану патологію виявився вищим на 6,9%, ніж у передгірській зоні, але цю різницю не можна вважати достовірною ($p \geq 0,05$). Високим виявився також індекс накопичення ЖКХ у різних зонах Закарпатської області: 10,7 та 10,5 відповідно у передгірській і низинній зонах та 8,0 – у гірському районі. Водночас, при найнижчій його величині у гірській зоні, приріст його за період 2006 – 2016 рр. виявився найвищим (+105,1%). У низинній та передгірській зонах зростання індексу становило 31,3% та 44,6%.

Високими в усіх трьох біогеохімічних зонах залишились і показники поширеності та захворюваності на ХХ (на 1000 нас.): 32,7 та 3,1 у низинній, 29,96 та 2,8 у гірській, і 29,8 та 2,3 у передгірській зонах. Поширеність ХХ серед дорослого населення в низинній зоні на 9,5% вища, ніж у передгірській та на 9,1% вища, ніж у гірській зоні. Показник захворюваності на ХХ у низинній зоні на 31,5% та 7,9% більший за відповідні показники в передгірській та гірській зонах. При цьому, рівень захворюваності на ХХ у гірській зоні виявився вищим, ніж у передгірській зоні (на 21,8%).

Незважаючи на зниження показників поширеності та захворюваності на ХХ серед дорослого населення низинної зони на 36,2% та 50,9% відповідно, приріст індексу накопичення ХХ склав +29,3%. У передгірській зоні поширеність та захворюваність дорослого населення на ХХ за останні десять років достовірно ($p \leq 0,05$) зменшилася на 17,8% та 45,8% відповідно, а величина індексу накопичення патології зросла на 52,4%. При найменшому зниженні за десятиріччя показників поширеності та захворюваності на ХХ у гірській зоні, індекс накопичення даної патології в 2016 р. виявився таким, як і в низинній зоні, однак приріст його в динаміці – значно вищим +43,8%.

На відміну від інших нозологій класу ХОТ, саме для ХПЗ було характерно зростання поширеності в динаміці, особливо у передгірській зоні (+5,9%). Захворюваність на ХПЗ за цей же період знизилась в усіх трьох біогеохімічних зонах (на 1000 нас.): на 25,2% у низинній зоні (з 3,2 до 2,4), на 22,5% у передгірській (з 2,3 до 1,8) та на 31,1% у гірській зонах (з 3,4 до 2,2). Підтвердженням накопичення хронічних форм ХПЗ слід вважати високий рівень індексу накопичення даної патології у 2016 р. у всіх біогеохімічних зонах області (9,7 – низина, 11,1 – передгір'я, 9,8 – гірська місцевість) та значний його приріст (+ 34,7% у низинній зоні, +37,0% у передгірській та +50,8% у гірській зонах) ($p \leq 0,05$). Найбільша частка ХПЗ у структурі поширеності ХОТ відмічалася в гірській зоні (13,4%).

Структурні зміни захворюваності та поширеності ХОТ серед дорослого населення різних біогеохімічних зон Закарпатської області представлені в табл. 3.9.

Аналіз особливостей епідеміологічної ситуації за окремими нозологічними формами ХОТ та біогеохімічними зонами Закарпаття показав, що найвищі показники захворюваності та поширеності більшості гастроентерологічних захворювань серед дорослого населення реєструвалися в низинній зоні. Слід відзначити негативну динаміку за 2006 – 2016 рр., зокрема, рівнів поширеності та захворюваності на ХК у гірській зоні; захворюваності та поширеності ЦП у передгірській зоні; поширеності ХГ у передгір'ї; поширеності ЖКХ в усіх досліджуваних зонах; а також поширеності ХПЗ у низинній і передгірській зонах.

Отримані дані вказують на складність проблеми оцінки здоров'я дорослого населення Закарпатської області з огляду на офіційно зареєстровані показники поширеності та захворюваності на ХОТ.

Адже зменшення їх рівнів однозначно інтерпретувати як позитивні зрушення не зовсім правильно, враховуючи високі значення індексів накопичення хронічних форм гастроентерологічних захворювань та зростання їх за період 2006 – 2016 рр. у всій області.

Таблиця 3.9

Частка окремих гастроентерологічних захворювань у структурі поширеності та захворюваності на ХОТ дорослого населення Закарпатської області за біогеохімічними зонами проживання (2006 р., 2016 р., %)

Нозології	Показник	Низинна зона		Передгірська зона		Гірська зона	
		частка в структурі поширеності	частка в структурі захворюваності	частка в структурі поширеності	частка в структурі захворюваності	частка в структурі поширеності	частка в структурі захворюваності

Виразка шлунку і 12-палої кишки	2006 р.	10,0	2,4	11,9	2,2	10,3	2,8
	2016 р.	11,6	4,2	11,4	1,9	11,6	2,3
Гастрит і дуоденіт	2006 р.	24,1	13,5	29,1	18,1	26,9	19,1
	2016 р.	21,2	10,1	26,3	24,8	21,0	13,4
Хвороби кишечни ку	2006 р.	4,0	4,3	2,2	4,9	3,1	4,8
	2016 р.	3,9	8,8	4,1	13,1	4,3	10,7
Цироз печінки	2006 р.	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	1,0
	2016 р.	0,9	1,0	1,3	1,0	0,8	0,8
Хронічні гепатити	2006 р.	10,7	4,5	6,6	2,3	7,7	3,9
	2016 р.	12,0	3,8	9,5	2,1	8,3	2,6
Жовчнок ам'яна хвороба	2006 р.	4,4	2,2	3,6	1,6	3,2	3,2
	2016 р.	6,1	3,2	4,9	2,0	4,5	2,7
Холецистити й холангіти	2006 р.	20,2	10,1	15,0	6,0	16,7	8,9
	2016 р.	17,7	9,1	16,1	5,5	18,5	8,4
Хвороби підшлункової залози	2006 р.	9,2	5,2	7,7	3,2	11,6	6,9
	2016 р.	12,6	7,1	10,7	4,2	13,4	6,6

3.2. Вивчення інвалідності внаслідок хвороб органів травлення

Моніторингу в нашому дослідженні підлягали також показники інвалідності дорослого населення області. Питання інвалідності від ХОТ стають усе більш актуальними в умовах наростання соціально – економічних проблем в країні та зростанні втрат людського потенціалу, які вимагають пошуку рішень як медичного, так і соціального характеру на якісно новому рівні. Залежно від групи

населення та конкретних умов, інвалідиможуть бути більш вразливими перед вторинними патологічними станами, коморбідністю та віковими захворюваннями, яким можна запобігти. Також серед них вищими є показники ризикової поведінки (куріння, малорухомого способу життя та нераціонального харчування тощо), що має вагомий внесок у розвиток гастроентерологічної патології, формуючи патологічне коло проблем інвалідності з приводу ХОТ [145,146].

Нами встановлено, що первинний вихід на інвалідність з приводу ХОТ серед дорослого населення Закарпатської області в 2016 році становив 1,7 на 1000 відповідного населення та на 54,5% перевищував відповідні показники в Україні (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Первинний вихід на інвалідність внаслідок ХОТ дорослого населення та частка в структурі первинної інвалідності (Закарпатська область, Україна, 2006 р., 2016 р., на 1000 відповідного населення, %)

Регіон	2006 рік		2016 рік	
	Рівень	частка в структурі (%)	Рівень	частка в структурі (%)
Низинна зона	2,4	5,2	1,7	4,8
Передгірська зона	1,5	3,2	1,9	4,5
Гірська зона	1,6	3,1	1,8	4,3
Закарпатська область	1,9	4,0	1,7	4,3
Україна	1,5	2,9	1,1	1,8

При цьому, частка ХОТ у структурі первинної інвалідності серед дорослого населення Закарпатської області виявилась у 2,4 рази більшою, ніж серед населення 18 років і старше в Україні (4,0 проти 2,9%).

Показник первинного виходу на інвалідність з приводу ХОТ у 2016 році серед дорослого населення коливався від 1,7 на 1000 населення в низинній зоні до 1,8 – 1,9 у гірській та передгірській зонах Закарпатської області відповідно. Водночас, при найменшому рівні первинного виходу на інвалідність з ХОТ дорослого населення низинної зони, саме тут частка патології у формуванні структури первинної інвалідності дорослого населення виявилась найбільшою (4,8 проти 4,5% у передгірській зоні та 4,3% у гірській). Вказані відмінності

можуть бути обумовлені пізнім зверненням населення за медичною допомогою, що сприяє інвалідизації внаслідок ХОТ.

Простежуючи динаміку показника первинного виходу на інвалідність з ХОТ дорослого населення Закарпатської області в період 2006 – 2016 рр., нами встановлена тенденція до зниження її рівня, що узгоджується з існуючою тенденцією змін цього показника в Україні (на 10,5% в Закарпатті та на 26,7% в Україні). Однак, тенденція до його зниження за досліджуваний період відмічалася тільки в низинній зоні (–29,2%). Натомість, у передгірській та гірській зонах величина цього показника зросла на 26,7% та 12,5% відповідно.

Слід наголосити також, що частка патології даного класу в структурі первинної інвалідності дорослого населення Закарпатської області за період 2006 – 2016 рр. зросла на 7,5%, тоді як в Україні зменшилась на 37,9%. Серед окремих біогеохімічних зон Закарпаття зменшення внеску гастроентерологічної патології у структуру формування показника первинного виходу на інвалідність відмічається тільки серед дорослого населення низинної зони (– 7,8%). В інших біогеохімічних зонах частка ХОТ у структурі первинного виходу на інвалідність зросла – на 40,6% у передгірській та на 38,7% у гірській зонах.

Важливим також є те, що за останні три роки первинний вихід на інвалідність з ХОТ дорослого населення Закарпатської області зростав (в т. ч. й в окремих біогеохімічних зонах), на відміну від середньонаціонального показника, що стабілізувався на рівні 1,1 на 1000 відповідного населення (рис. 3.5).

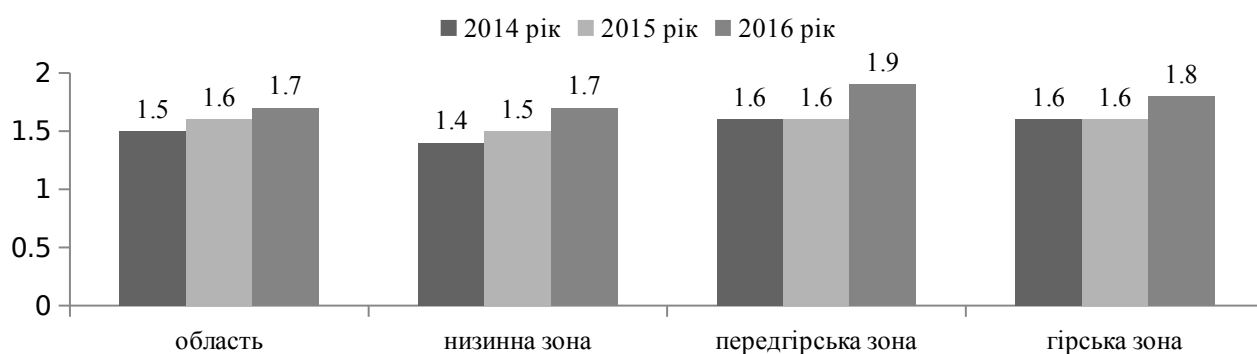


Рисунок 3.5. Динаміка первинного виходу на інвалідність з ХОТ дорослого населення Закарпатської області за окремими біогеохімічними зонами (2014 – 2016 рр., на 1000 населення 18 років і старше).

Таким чином, існуюча сьогодні потреба покращення стану громадського здоров'я населення регіону в цілому, та епідеміологічної ситуації стосовно ХОТ зокрема, в першу чергу, вимагає розв'язання широкого спектра соціально-економічних проблем та мінімізації впливу низки соціальних детермінант, всебічного посилення профілактичних засад в охороні здоров'я, формування здорового способу життя, покращення якості життя населення з урахуванням специфічності еколого – гігієнічних факторів мешкання у різних зонах Закарпатської області та наявних відмінностей у доступності медичної допомоги, в т. ч. спеціалізованої та високоспеціалізованої гастроентерологічної допомоги.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ 3:

1. Встановлено, що частка ХОТ у структурі захворюваності та поширеності хвороб в регіоні перевищує величину цих показників порівняно із середньостатистичними даними в Україні на 7,3 та 11,0% відповідно. Доведено, що показник первинного виходу на інвалідність з приводу хвороб органів травлення на 54,5 % перевищує відповідний в Україні.
2. Доведено зростання індексу накопичення хвороб органів травлення за досліджуваний період серед населення Закарпатської області: на 32,4% для дорослого населення, на 18,8% для населення в цілому та 12,5% – для підлітків. Це свідчить про факт накопичення хронічної гастроентерологічної патології і може бути обумовлено зменшенням звернень населення різних вікових груп за медичною допомогою внаслідок економічних, медико – демографічних та психологічних причин.
3. Встановлено, що в динаміці за 2006-2016 рр. поширеність та захворюваність на ХОТ, в тому числі і на окремі нозології, в Закарпатській області зменшилися на 24,4% та 41,9% відповідно, на відміну від аналогічних показників в Україні, для яких характерно зростання. Виключення становлять жовчнокам'яна хвороба та хвороби підшлункової залози, рівень поширеності яких серед дорослого населення Закарпаття дещо зріс (на 4,2% та 1,6%), а також хвороби кишечника, захворюваність

на які зросла майже наполовину (+41,8%).

4. Показано певні особливості епідеміологічної ситуації ХОТ для дорослого населення Закарпатської області в 2016 р.: вищі рівні поширеності (на 13,3%) та їх частки в загальній структурі поширеності хвороб (на 13,4%); нижчий рівень захворюваності (на 11,4%), при одночасно більшій їх частці у структурі захворюваності всього населення регіону (7,3% проти 6,9% відповідно), переважання показників захворюваності на 70% відповідних в Україні. Для більшості нозологій класу ХОТ також характерно переважання загальноукраїнських показників: поширеності хвороб кишечника, цирозів печінки, хронічних гепатитів і жовчнокам'яної хвороби, захворюваності – для всіх нозологій, окрім жовчнокам'яної хвороби.
5. Встановлено суттєву диференціацію показників захворюваності та поширеності ХОТ серед дорослого населення у різних біогеохімічних зонах Закарпатської області. Доведено, що найвищі значення цих показників реєструвалися в передгірській зоні (4271,6 та 18495,7 на 100 тис. нас.) проти 3383,9 та 18469,2 на 100 тис. населення у низинній і 3369,9 та 16170,4 відповідно у гірській зонах. Виявлено, що в усіх трьох біогеохімічних зонах відмічається зниження захворюваності та поширеності ХОТ, натомість визначалось зростання величини індексу накопичення патології в усіх зонах області. Водночас, показник первинного виходу на інвалідність з приводу ХОТ серед дорослого населення був найвищим в передгірській зоні (1,9 на 1000 населення).
6. Встановлені особливості щодо захворюваності та поширеності окремих нозологій класу ХОТ в різних зонах Закарпатської області. Доведено, що в низинній зоні більше розповсюдження мали такі патології класу ХОТ як виразка шлунку і 12-палої кишки, хронічні гепатити, жовчнокам'яна хвороба, холецистити й холангіти та хвороби підшлункової залози, в передгірській зоні – гастрити і дуоденіти, хвороби кишечника та цирози печінки.

7. Аналіз динамічних змін первинного виходу на інвалідність з ХОТ населення Закарпатської області дозволив встановити, що зниження її рівня на 10,5 % в області в цілому узгоджується з тенденцією показника в Україні (–26,7 %). Зокрема, в низинній зоні воно становило 29,2 %, натомість, у передгірській та гірській зонах цей показник зріс – на 26,7 % та 12,5 % відповідно. Водночас, зросла і частка ХОТ в структурі первинної інвалідності дорослого населення області на 7,5 % (зокрема на 40,6 % у передгірській зоні та на 38,7 % у гірській зоні).

Список особистих робіт за темою розділу: [4,6,10,12,13,14,19].

РОЗДІЛ 4

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВТРАТ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

4.1. Оцінка незворотних демографічних втрат в результаті смертності внаслідок хвороб органів травлення населення Закарпатської області

Однією з найгостріших сучасних соціальних проблем України є висока передчасна смертність, яка набагато перевищує аналогічні рівні у розвинутих

країнах світу. Основні втрати внаслідок передчасної смертності сконцентровано, передусім, в інтервалі працездатного віку, що служить індикатором соціального неблагополуччя у державі. При цьому в Україні останніми роками зростає значущість патології травної системи як причини втрат життя і працездатності [147].

Як загальна смертність, так і смертність за окремими причинами в Україні характеризується показниками, які значно перевищують відповідні у європейських країнах і світі в цілому [148].

Однією з структурних особливостей смертності в Україні була, насамперед, порівняно вища значущість хвороб органів травлення (ХОТ) у формуванні втрат внаслідок смертності.

Смертність для обох статей в Україні від ХОТ у 2014 році була однією з найвищих серед представлених країн (41,6 на 100 тис. осіб). Однак, якщо смертність чоловіків в Молдові в 1,4 рази перевищувала смертність серед жінок, то для України таке переважання становило 2,4 рази.

Слід наголосити, що ще однією з особливостей смертності від ХОТ в Україні є значний внесок хвороб печінки, в тому числі й алкогольного генезу (70,2%), при чому, як для чоловічого, так і жіночого населення (70,4% та 69,8%).

У 2014 р. смертність населення України від цирозу печінки сягнула 28,9 на 100 тис. осіб, причому серед чоловічого населення її рівень у 2,4 рази перевищував відповідний рівень серед жінок (43,5 проти 17,8 на 100 тис. відповідного населення).

Як позитивну ознаку потрібно відзначити зниження показників смертності від ВШ і ДПК. Смертність від цих причин, особливо в віці до 65 років, віднесено до таких, які можна попередити. Натомість існує підвищення кількості померлих від ХПЗ.

Встановлені істотні відмінності у рівнях смертності населення України за статтю (майже дворазове переважання серед чоловіків, зокрема у віці 60 років). Переважання смертності чоловіків від алкогольної хвороби печінки є більшим, ніж від всіх ХОТ, з несприятливими якісними зрушеннями («помолодшання»

смертності від більшості причин смерті, в тому числі і від ХОТ, що значною мірою унеможлиблює реалізацію досягнень розвинених країн світу).

За даними Держстату України, найвищий рівень зниження середнього віку смерті в Україні впродовж 1989 – 2008 рр. спостерігалось не для таких домінуючих причин смерті, як серцево-судинні захворювання, новоутворення та зовнішні причини, а для ХОТ, патологій органів дихання та інфекційних і паразитарних захворювань. Так, триразове підвищення показників смертності від ХОТ протягом цього періоду одночасно супроводжувалось зниженням середнього віку смерті від цих захворювань на 10 років відповідно [149].

У порівнянні з країнами ЄР ВООЗ смертність в Україні також є вищою серед обох статей як серед чоловічого, так і жіночого населення. Ще більш разючою є відмінності за рівнем передчасної смертності: переважання загальноєвропейського рівня смертності внаслідок ХОТ у 2014 р. склало 1,3 разу, водночас, передчасної смертності (у віці до 65 років) від ХОТ в цей же рік виявилось майже дворазовим (1,9 рази) [150].

Переважання показників смертності внаслідок ХОТ населення України відповідних показників в країнах ЄР у 2006 склало 1,5 рази, передчасної – у 2,2 рази.

Поступово показник смертності від ХОТ для всього населення в Україні дещо зменшився (на 15,1%) та становив 50,13 на 100 тис. осіб у 2014 р., як і в країнах ЄР за досліджувані роки (-12,2%). Однак, переважання аналогічного загальноєвропейського показника залишалось більшим у півтора рази. Водночас, незважаючи на тенденцію до зниження передчасної смертності від ХОТ в Україні до 2014 р., вона залишається в 2,1 рази більшою в цій групі населення, ніж в країнах Європейського регіону.

До 2015 року динаміка смертності населення України залишалася невтішною: смертність від ХОТ майже на 50% була більшою, ніж в країнах ЄР, а передчасна смертність від цих патологій залишається майже удвічі більшою.

На основі проведеного нами аналізу стандартизованих показників смертності від ХОТ населення України у динаміці за 2006 – 2016 рр. [34,36] відмічається

тенденція до зниження її рівнів на 26,5% (з 59,04 до 43,4 на 100 тис. населення), при чому як серед чоловіків (в 1,5 рази), так і жінок (в 1,4 рази).

При цьому, як видно з представлених результатів, в динаміці за останні три роки відмічається зниження рівнів смертності від ХОТ в Україні для обох статей, однак, статева диспропорція вказаних показників за досліджуваний період майже не змінилась і становила 2,4 рази.

Встановлена також тенденція до зниження показників смертності від ХОТ у динаміці за досліджуваний період і для міського та сільського населення (на 35,3 та 17,9%). Однак, якщо з 2006 р. смертність від ХОТ серед міського населення в Україні переважала над смертністю серед сільського населення (64,8 проти 58,1 на 100 тис. нас.), то в 2016 р., навпаки, для сільських мешканців її рівні виявились вищими на 13,8 %. Це, насамперед, може вказувати на погіршення доступу до медичної допомоги, зокрема гастроентерологічної, сільського населення України.

Динаміка показників смертності від ХОТ серед обох статей за досліджуваний період характеризувалася тенденцією до зниження незалежно від зони мешкання. Так, серед чоловіків у містах смертність внаслідок ХОТ за досліджуваний період зменшилася з 97,7 до 62,6 на 100 тис. відповідного населення, серед жінок – з 39,8 до 26,3 на 100 тис. жіночого населення. У сільській місцевості смертність від ХОТ зменшилася на 20,7% серед чоловіків та на 11,1% серед жінок.

Водночас, слід наголосити, що статева диспропорція смертності внаслідок ХОТ серед міського та сільського населення України в 2016 р. залишилась практично на рівні 2006 р. і становить 2,4 рази у містах та 2,2 рази в сільській місцевості. Також, для цих показників характерним було переважання їх величини серед сільського населення для обох статей: на 8,5% серед чоловіків та на 15,2% серед жінок.

Така ситуація доводить значущість впливу нерівномірності у доступі до медичної допомоги міського та сільського населення на формування рівнів смертності внаслідок ХОТ в Україні та може свідчити про зростання впливу на здоров'я соціальних детермінант (урбанізація, стреси, особливості умов праці,

якість продуктів харчування та їх доступність тощо), які визначають гендерні особливості смертності внаслідок ХОТ. Це повинно привернути увагу відповідальних за вироблення політики осіб, з метою розробки профілактичних заходів, спрямованих окремо на чоловіче і жіноче населення України.

Близько 70% всіх смертей внаслідок ХОТ в Україні в останні роки було обумовлено ураженням печінки, при чому, майже 50% – фіброзом і цирозом печінки, 10% – алкогольною хворобою печінки [144]. Кожна десята смерть серед населення працездатного віку внаслідок ХОТ була спричинена ХПЗ. При цьому, у віковому інтервалі 35 – 50 років більш, ніж 10% смертей чоловіків були спричинені саме фіброзом і цирозом печінки, а найбільша частка смертей внаслідок ХОТ у цих вікових групах припадала на алкогольну хворобу печінки (АХП).

Наступним етапом наших досліджень було вивчення регіональних особливостей смертності населення України від патологій класу ХОТ. На відміну від загальної смертності населення України в 2016 р., для якої характерний Південний та Центральний географічний градієнт стандартизованих коефіцієнтів смертності, максимальні рівні смертності внаслідок ХОТ встановлені в Східному та Південно – Східному регіонах України. Виключення становить тільки Закарпатська область, високі рівні смертності від ХОТ серед населення якої (62,5 на 100 тис. населення) невігідно вирізняють її серед інших регіонів України, зокрема західних. При цьому, рівень смертності від зазначених захворювань населення Закарпаття в 2016 р. був на 44,0 % вищим (62,5 на 100 тис. осіб), ніж в Україні в цілому (43,4 на 100 тис. осіб), більшою є і частка ХОТ у структурі смертності населення досліджуваної області (5,3% проти 4,5%) (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Смертність внаслідок ХОТ та їх частка в структурі загальної смертності населення Закарпатської області та України за статтю (стандартизований показник, на 100 тис. осіб, %, 1991 р., 2016 р.)

	Показник	Закарпатська область		Україна	
		2006	2016	2006	2016
Обидві статі	рівень смертності від ХОТ	68,5	62,5	32,9	43,4

	частка у структурі	5,2	5,3	2,7	4,5
Чоловіки	рівень смертності від ХОТ	107,2	80,7	48,8	64,1
	частка у структурі	6,3	5,1	2,9	4,7
Жінки	рівень смертності від ХОТ	37,9	47,1	21,9	27,1
	частка у структурі	3,6	5,2	2,4	3,8

Смертність внаслідок ХОТ серед чоловічого населення в Закарпатській області в 2016 р. переважала над жіночою смертністю від патологій цього класу в 1,7 раза, як і в Україні в цілому, хоч це переважання дещо менше (Україна – 2,3раза). При цьому, на долю ХОТ серед чоловічого і жіночого населення Закарпатської області припадає майже однакова частка в структурі смертності населення (5,2% та 5,0%), однак, на їх долю припадає більший відсоток, ніж у структурі смертності населення України (4,7% та 3,8% відповідно).

У динаміці за 2006 – 2016 рр. рівень смертності від ХОТ серед населення Закарпатської області достовірно ($p \leq 0,05$) зменшився на 8,8%, що не відповідає тенденції до зростання показників в Україні. При цьому, частка ХОТ у структурі смертності населення досліджуваної області залишилась практично ідентичною (5,3% у 2016 р. та 5,2% у 2006 р.). Натомість, в Україні питома вага патологій даного класу в структурі смертності населення зросла майже удвічі за досліджуваний період із 2006 р. до 2016 р. (з 2,7% до 4,5%). Така динаміка показників смертності населення від патологій класу ХОТ свідчить про стабільну значущість у формуванні людських втрат у Закарпатській області та доводить, на нашу думку, недостатню ефективність профілактичних заходів у боротьбі зі зменшенням кількості смертей від цих хвороб на регіональному рівні.

Водночас, слід наголосити на істотному переважанні рівнів смертності від ХОТ у Закарпатській області як серед чоловічого, так і жіночого населення (на 25,9% та на 73,8% відносно національних аналогічних показників). Більшою, ніж в Україні, виявились в області і частки ХОТ у структурі смертності відповідного населення: 5,1% проти 4,7% серед чоловіків та 5,2% проти 3,8% серед жінок. При цьому, смертність серед чоловіків в області майже удвічі є більшою, ніж серед жінок, хоч і відмічається зниження статевої диспропорції відносно 2006 року.

Водночас, статеву диспропорцію показників її залишається нижчою, ніж в Україні (64,1 проти 27,1 на 100 тис. осіб).

Цікавим є той факт, що стандартизований показник смертності внаслідок ХОТ, як і показник загальної смертності, серед сільського населення в різних регіонах України стабільно переважає над аналогічним показником серед міського населення протягом досліджуваних років, на відміну від Закарпатської області, де їх рівні серед міського населення переважають над смертністю серед сільського населення (63,8 проти 62,0 на 100 тис. осіб). Така ситуація є парадоксальною, адже більше 60% населення даної області проживає у сільській місцевості. При цьому, в динаміці за досліджувані роки така тенденція показників смертності внаслідок ХОТ та загальної смертності в Закарпатській області залишалася незмінною.

Вочевидь, така ситуація свідчить не про кращий стан здоров'я сільських мешканців досліджуваного регіону, а, навпаки, розкриває наявність низки проблем організації медичної допомоги, зокрема гастроентерологічної, сільському населенню в Закарпатській області. Адже, більшість закладів вторинного і третинного рівня медичного забезпечення сільського населення знаходяться саме в великих містах низинної зони, в яких лікуються хворі з найтяжчими формами гастроентерологічних захворювань, та де найчастіше і реєструються випадки смерті серед них від патологій класу ХОТ.

На нашу думку, про це достовірно свідчить і динаміка показників смертності від ХОТ серед міського та сільського населення Закарпатської області, зокрема серед чоловічого та жіночого населення регіону (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Смертність внаслідок ХОТ населення Закарпатської області та України за статтю і місцем проживання та їх частка в структурі загальної смертності населення (стандартизований показник, на 100 тис. осіб, 2006 р., 2016 р.,%)

Роки	Показник	Міські поселення			Сільська місцевість		
		обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	Жінки
1991	Рівень	67,1	106,2	37,3	70,3	109,7	38,9
	Частка в структурі	5,1	6,2	3,6	5,3	6,4	3,7

2016	Рівень	63,8	84,8	47,1	62,0	78,8	47,0
	Частка в структурі	5,0	5,0	4,8	5,4	5,2	5,3
1991	Рівень	36,0	52,1	24,9	30,0	45,8	18,8
	Частка в структурі	3,0	3,2	2,7	2,4	2,6	2,0
2016	Рівень	41,9	62,6	26,3	47,7	67,9	30,3
	Частка в структурі	4,6	5,0	4,0	4,2	4,3	3,8

Так, незважаючи на переважання рівнів смертності внаслідок ХОТ серед міського населення в Закарпатській області, більшою виявилась їх частка в структурі смертності населення серед сільських мешканців регіону в 2016 р. (5,4% проти 5,0%). Водночас, рівні смертності внаслідок ХОТ серед міського та сільського населення Закарпатської області є значно більшими за відповідні показники в Україні (в 1,3 раза та 1,5 раза відповідно), більшою виявилась і частка ХОТ в структурі смертності населення області – на 8,7% для міського населення та на 28,6% для сільського населення.

При цьому, в динаміці за 2006 – 2016 рр. смертність внаслідок ХОТ серед міського та сільського населення Закарпатської області достовірно зменшилась на 4,9% та 11,8% відповідно ($p \leq 0,05$), на відміну від аналогічних середньостатистичних в Україні, які за цей період зросли у 1,2 раза для міського населення та в 1,6 раза для сільських мешканців.

Зміни показників серед міського та сільського населення Закарпатської області за статтю за цей же період були неоднозначними та не відповідали тенденції в країні, для якої характерно зростання смертності серед обох статей незалежно від місця проживання. Так, якщо серед чоловіків смертність внаслідок ХОТ в Закарпатській області зменшилася як у міських поселеннях, так і в сільській місцевості (на 20,2% та 11,8%), то для жіночого населення, навпаки, характерно зростання показників – на 26,3% у містах та на 20,8% у сільській місцевості. Водночас, відбулось і збільшення частки ХОТ у структурі смертності жіночого населення – з 3,6% до 4,8% у міських та з 3,7% до 5,3% у сільських поселеннях.

Однак, незважаючи на існуючу тенденцію до зниження показників смертності внаслідок ХОТ в Закарпатській області в цілому, слід наголосити на

значному переважанні її рівнів відносно загальнодержавних значень серед обох статей незалежно від місця проживання. Так, рівень смертності від ХОТ серед міського населення області є в 1,5 раза вищим, а серед сільського населення – в 1,3 раза. При цьому, більш вираженим для обох статей переважання є серед міського населення Закарпаття в 2016 р. (в 1,4 раза та 1,8 раза проти 1,3 раза та 1,2 раза в сільській місцевості). Така невтішна динаміка показників смертності від ХОТ серед міського та сільського населення Закарпатської області характерна з 2006 р., що має привернути увагу медичних працівників, управлінців охороною здоров'я та населення до проблем здоров'я регіону, зокрема щодо профілактики гастроентерологічних захворювань, їх раннього виявлення, адекватного лікування та попередження розвитку ускладнень та, відповідно, зменшення втрат внаслідок смертності від них.

Слід також наголосити, що спостерігалось переважання рівнів смертності внаслідок ХОТ у 2016 р. серед чоловічого населення як у містах, так і в сільській місцевості (в 1,8 раза та 1,7 раза відповідно), що викликає потребу у розробці та обґрунтування заходів попередження смертності внаслідок ХОТ, орієнтованих, зокрема, на чоловіче населення регіону з урахуванням гендерних особливостей і специфіки поведінкових факторів, які можуть впливати на розвиток цих захворювань.

Відзначимо також, що на долю ХОТ припадала більша частка в структурі смертності в сільській місцевості, причому, більшою вона була серед жінок. Так, якщо серед чоловічого населення у містах частка ХОТ займала у відповідній структурі смертності 5,0%, а серед жінок 4,8%, то серед сільських мешканців їй належить 5,2% та 5,3%. При цьому, відсоток у структурі смертності чоловіків у Закарпатській області серед міського населення був однаковим із величиною відповідної частки в Україні, натомість, серед жінок був вищим. В сільській місцевості Закарпатської області частка ХОТ у структурі смертності населення також була більшою, ніж в Україні (як для чоловіків, так і для жінок).

Таким чином, можна констатувати, що для жіночої статі Закарпатської області смертність внаслідок ХОТ мала відносно більшу значущість, ніж для жінок в Україні.

Різниця у стані здоров'я жінок і чоловіків залежать не тільки від анатомо – фізіологічних відмінностей, адже ролі, які вони виконують в суспільстві, та спосіб життя зумовлюють схильність до різних захворювань і визначають потреби в послугах охорони здоров'я. Крім того, виникнення і перебіг окремих хвороб, а також їх наслідки в чоловіків і жінок відрізняються, різним є суб'єктивне ставлення до розладів здоров'я і пов'язаною з цим поведінкою.

На нашу думку, причини такої суттєвої статевої диспропорції смертності від ХОТ в Закарпатській області можуть критись у біологічних, психологічних, еколого – гігієнічних, соціально – економічних і медико – демографічних чинниках. Як підкреслюють фахівці, дані за зверненням у ЗОЗ неточно віддзеркалюють істинну картину, адже чоловіки мають схильність звертатися до лікаря, коли проблеми зі здоров'ям унеможливають нормальну життєдіяльність, займаючи позицію замовчування негараздів з надією на те, що "пройде само". Відповідно, загальновизнаними є і відмінності в поширеності окремих хвороб за статтю. Так, у чоловіків частіше виникає виразкова хвороба, особливо 12 – палої кишки (хоча в останні роки відмічається збільшення захворюваності на дану патологію серед жінок, що пояснюється зростанням стресу, прогресуванням поширеності тютюнокуріння серед прекрасної половини, а також частішим неконтрольованим вживанням жінками анальгетиків). Натомість, спостерігається відносно більша поширеність жовчнокам'яної хвороби в жінок, що пов'язується з перенесеними вагітностями і надлишковою масою тіла. Відповідно це створює відмінності у розповсюдженості хвороб за статтю та смертності внаслідок них.

Тому, з метою досягнення більш високого рівня здоров'я чоловіків і жінок та поліпшення можливостей втручань з боку системи охорони здоров'я важливим слід вважати аналіз втрат спричинених смертністю внаслідок ХОТ із точки зору гендерного підходу, що дасть можливість ідентифікувати різні потреби жінок і

чоловіків у галузі охорони здоров'я, а також визначити способи задоволення цих потреб на регіональному рівні та в країні в цілому.

Таким чином, зменшення безповоротних демографічних втрат внаслідок смертності від ХОТ населення Закарпатської області набуває особливого значення, виступаючи одним із шляхів подовження тривалості життя населення як регіону, так і країни в цілому.

4.2 Розрахунки обсягу і структури втрачених років потенційного життя в результаті передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення

Одним із методичних підходів до вивчення втрат, спричинених передчасною смертністю, є оцінка обсягу (у роках) потенційного життя, недожитого через настання такої смерті. Передчасна смертність, яка значно перевищує аналогічні рівні розвинутих країн світу, є однією із найгостріших сучасних соціальних проблем України. Якщо у XIX - на початку XX сторіччя основні втрати внаслідок передчасної смертності було сконцентровано передусім у юному і молодому віці (за рахунок надзвичайно високої дитячої і материнської смертності та смертності від інфекційної патології тощо), то у сучасній Україні – в інтервалі працездатного віку [46,148].

Соціально-економічне значення окремих причин смерті визначається не лише абсолютною кількістю смертей та їх значущістю у структурі, але й впливом на оцінену у роках потенційного життя величину незворотних втрат внаслідок смертності. З іншого боку, різні причини зумовлюють різну величину внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення. Тому розрахунок обсягу і структури років втраченого потенційного життя (Yearsof Potential Life Lost (YPLL) or Potential Life Lost Years, або ВРПЖ) дозволяє оцінити міру впливу передчасної смертності в цілому та відносну значущість окремих причин смерті у формуванні втрат через передчасну смерть зокрема. Окрім того, це ілюструє ймовірну вигоду від втручань, результатом яких буде скорочення рівня передчасної смертності як взагалі, так і від певних причин [149,150].

За нашими розрахунками, абсолютна кількість втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні в 2016 р. за результатами наших досліджень становила майже 2,5 млн. людино – років, при цьому, показник втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) внаслідок передчасної смертності в Україні в цей же рік становив 6825,9 на 100 тис. населення. При цьому слід зазначити, що на долю ХОТ у 2016 р. в абсолютній кількості ВРПЖ, спричинених передчасною смертністю, припадає 223440 людино – років для обох статей.

Абсолютна кількість недожитих років населення України внаслідок передчасної смертності від патологій класу ХОТ зменшилась за досліджуваний період на 38,9% або в 1,6 рази. Показник ВРПЖ внаслідок ХОТ за досліджувані десять років зменшився на третину (-33,0 %), однак, відносно попереднього року – на 4,4 %.

Якщо здійснити порівняння з нашими розрахунками за даними 2006 р., то виявляється, що за період 2006 – 2016 рр. відбулися як структурні зміни, так і зміни рівня показника ВРПЖ. Так, величина цього показника для ХОТ у 2016 р. становить 626,2 на 100 тис. населення, що в структурі ВРПЖ від усіх причин становило 9,2% і визначило четверту рейтингову позицію патологій даного класу серед представлених вище. При цьому слід наголосити, що у 2006 р. ХОТ належала однакова частка з інфекційними та паразитарними захворюваннями в структурі ВРПЖ (8,8%), що визначало їх четверте місце. Однак, якщо частка останніх у структурі ВРПЖ до 2016 р. зменшилась на 11,3%, то для ХОТ відповідна частка зросла на 4,5%, посунувши інфекційні та паразитарні хвороби на п'яте рейтингове місце в структурі ВРПЖ населення України.

За досліджуваний період зменшення індексу ВРПЖ через ХОТ склало 32,0%, водночас, їх частка у структурі ВРПЖ зросла, що актуалізує проблему значущості гастроентерологічної патології у формуванні потенційних втрат років та зумовило потребу їх зменшення в майбутньому шляхом вивчення причин утримання їх високого рівня.

Така ситуація доводить зростання значущості ХОТ у формуванні втрат, спричинених передчасною смертністю населення в Україні, а їх масштабність потребує втручань з метою запобігання втрат людського потенціалу внаслідок передчасної смертності, якій можна й потрібно запобігти.

Статеві особливості передчасної смертності в Україні в 2016 р. полягали в значному перевищенні її рівнів серед чоловіків, що, відповідно, відображається і в масштабах втрат років потенційного життя. Розрахунки обсягу та індексу ВРПЖ за статтю виявили істотну різницю як за величиною абсолютних втрат, так і за потенційними втратами: для чоловіків величина цього показника була більша, ніж вдвічі вищою, ніж для співгромадян (897,8 проти 367,5 на 100 тис. осіб), як і в абсолютному значенні (втрати для чоловіків склали 156255 людино – років проти 67185 людино – років для жінок), що характеризує частіше раннє настання смерті чоловіків від патологій даного класу. Однак, серед чоловіків частка, обумовлена смертністю внаслідок ХОТ, виявилась навіть нижчою за відповідну серед жінок – 9,0% та 9,6%.

Порівняльний аналіз структури смертності населення України віком 0-64 роки та структури втрачених років потенційного життя у цьому ж віці свідчить, що ієрархія причин смерті відрізняється та залежить від віку настання смерті. Так, загальна кількість смертей внаслідок ХОТ у 2016 р. була вищою, ніж від хвороб органів дихання та деяких інфекційних і паразитарних захворювань (51,8 проти 32,3 та 26,5 на 100 тис. населення) та, водночас, незначно меншою за смертність від зовнішніх причин (72,9 на 100 тис. осіб). Однак, відносно молодший вік смерті, спричиненої зовнішніми причинами смертності, обумовив більшу кількість недожитих до 65 років, і, відповідно, втрачених років потенційного життя, ніж для ХОТ– 569312,5 проти 223440 людино – років.

Зрозуміло, що зовнішні причини смертності детермінують більше число втрачених років потенційного життя населення України. За рангом у структурі потенційних втрат років внаслідок смертності вони посідають друге місце (у кризовому 2006 р., навіть, перше). При цьому, більша кількість недожитих до 65 років внаслідок смертності від ХОТ у порівнянні з хворобами органів дихання та

деякими інфекційними і паразитарними захворюваннями свідчить про більш раннє та частіше настання смерті від них.

З практичної точки зору для оцінки проблем передчасної смертності та спричинених нею втрат потенційного життя необхідно враховувати вікові та статеві особливості смертності від ХОТ в Україні. Дані міжнародних порівнянь корисні для окреслення резервів і можливостей реалізації Україною позитивних результатів, досягнутих іншими країнами. Наприклад, за даними Рингач Н.О. (2013 р.), для України характерна суттєва диспропорція показника ВРПЖ: для чоловіків він більш ніж у три рази був вищим, ніж у країнах Організації економічної співпраці та розвитку (ОЕСР), для жінок диспропорція виявилась менш вираженою – в 2,1 раза. При цьому, окремо взятий показник для чоловіків в Україні виявився значно більшим, ніж сума значень для обох статей в країнах ОЕСР [151].

Відзначимо, що для патологій класу ХОТ характерними залишились відмінності у рівнях смертності за статтю (майже у два рази), з найбільшою диспропорцією показників у зрілому віці від 25 до 70 років. У свою чергу, смертність в Україні від ХОТ у 2015 р. в 2,2 раза була вищою, ніж в Європейському Союзі (ЄС), причому для чоловічого населення таке переважання виявилось значно більшим (у 2,5 раза проти 1,8 для жінок).

Істотною статевою диспропорцією характеризувався індекс ВРПЖ і в Україні – для чоловіків він виявився більш ніж у два з половиною рази вищим, ніж у жінок, зокрема в Закарпатській області (2013 р.) [150].

За нашими розрахунками показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ в Закарпатській області у 2016 році становив 840 на 100 тис. населення, що на 34,1% або в 1,3 раза перевищувало аналогічний в Україні (626,2 на 100 тис. населення). Проте, в порівнянні з величиною показника ВРПЖ від ХОТ у 2006 р. (найгіршому з огляду рівня смертності роком ХХІ ст.) достовірно ($p \leq 0,05$) був меншим на 22,0% та становив 1077,6 на 100 тис. населення. В цілому, у період за 2006 – 2016 рр. тенденція показника ВРПЖ внаслідок смертності від ХОТ в Закарпатській області була різноспрямованою. Динаміка індексу

характеризувалась сталим зростанням до 2008 р. та поперемінним падінням і зростанням рівня до 2016 року. Однак, якщо порівняти індекс ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ з нашими розрахунками за 2013 р. (812,6 на 100 тис. осіб) в Закарпатській області, відмічається його зростання на 3,4%. Водночас, як і в Україні в цілому, для показника ВРПЖ в Закарпатській області характерною була суттєва статева диспропорція (1046,5 серед чоловіків та 636,4 на 100 тис. населення серед жінок), хоч і менш виражена, ніж в Україні (897,8 проти 367,5 на 100 тис. осіб) (додаток Б–1). Величина показника в Закарпатській області залишалася більшою за загальноукраїнську для чоловіків та жінок (в 1,2 та 1,7 раза відповідно), причому, таке переважання спостерігалось з 2006 року. За період 2006 – 2016 рр. показник ВРПЖ в Закарпатській області зменшився для обох статей (на 26,4 % серед чоловіків та 13,9 % серед жінок), але меншою мірою, ніж в Україні (34,7 % та 30,2 %) (рис. 4.1).

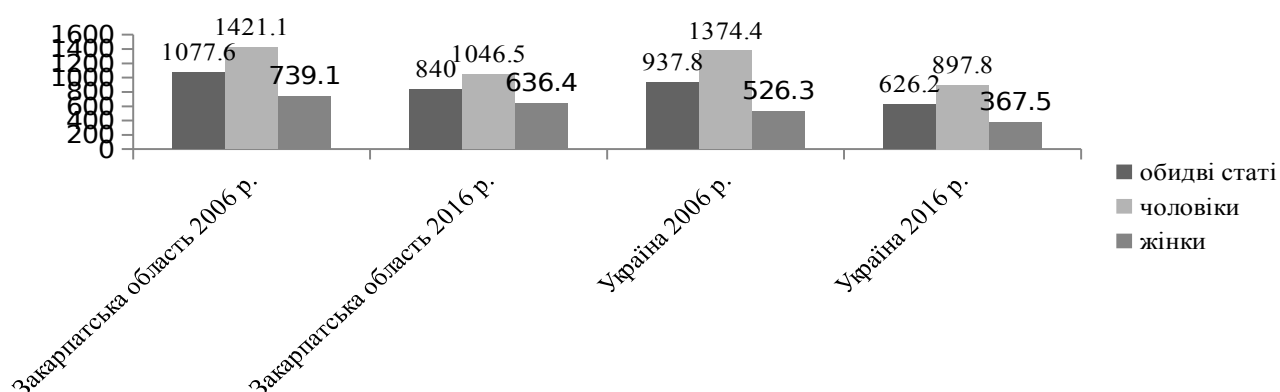


Рисунок 4.1. Динаміка ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ населення Закарпатської області та України (2006 р, 2016 р., на 100 тис. осіб).

Враховуючи все вищенаведене, слід наголосити, що при цьому, частка в структурі ВРПЖ в Закарпатській області серед чоловіків також зменшився за досліджуваний період (з 11,8% до 10,5%). Проте, ці зміни не можна вважати достовірними ($p \geq 0,05$). Натомість, серед жінок відмічалася тенденція до її зростання – з 12,5% до 16,6%, що не узгоджувалося з тенденцією змін частки індексу внаслідок ХОТ у відповідній структурі українського населення, для якої

характерно зростання серед обох статей (з 8,6% до 9,0% серед чоловіків та з 9,3% до 9,6% серед жінок).

Абсолютна кількість смертей від ХОТ серед населення Закарпатської області віком до 65 років у динаміці за 2006 – 2016 рр. достовірно зросла ($p \leq 0,05$), при цьому, залишившись практично на рівні 2006 р. та становить 840 осіб (770 померлих від ХОТ у 2006 р.), на відміну від кількості померлих від ХОТ в Україні, число яких зменшилось за цей період у півтори рази (з 22153 до 14980 осіб). Проте, це можливо пов'язано, передусім, з браком статистичної інформації з територій анексованої АР Крим та непідконтрольних уряду України територій Донбасу. Водночас, якщо в Україні кількість померлих внаслідок ХОТ за досліджуваний період зменшилась серед обох статей (на 33,2% та 30,5%), що виглядає закономірним з огляду на причини такого зниження, то в Закарпатській області відмічалось зменшення величини цього показника тільки для чоловіків (на 22,2%). Натомість, серед жінок кількість смертей від даної патології зросла в 1,7 рази (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Кількість смертей, недожитих років та показник втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності внаслідок ХОТ в Закарпатській області та Україні за статтю (на 100 тис. осіб у віці 0 – 64 роки, 2006р., 2016 р.)

Показник	Населення	Закарпатська область		Україна	
		2006 р.	2016 р.	2006 р.	2016 р.
Кількість померлих	обидві статі	770	840	22153	14980
	чоловіки	496	386	15390	10282
	жінки	274	454	6763	4698
Кількість недожитих років	обидві статі	11847,5	9337,5	365942,5	223440
	чоловіки	7755	5775	260195	156255
	жінки	4092,5	3562,5	105747,5	67185
Індекс ВРПЖ	обидві статі	1077,6	840	937,8	626,2
	чоловіки	1421,1	1046,5	1374,4	897,8
	жінки	739,1	636,4	526,3	367,5

Таким чином, на основі представлених результатів наших досліджень за період 2006 – 2016 рр. можна констатувати, що при меншій кількості померлих та

абсолютної кількості втрат у роках серед населення Закарпатської області, показник ВРПЖ залишався більшим, ніж в Україні, що свідчить про більш раннє та частіше настання смерті від патологій класу ХОТ серед населення досліджуваного регіону та потребує розробки організаційних заходів з метою мінімізації потенційних демографічних втрат серед населення Закарпатської області.

Проведене нами дослідження щодо оцінки втрат в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ в розрізі основних нозологій даного класу та за статтю в порівнянні з середніми показниками в Україні показали, що основною відмінністю таких втрат серед населення Закарпатської області був значно більший внесок у їх формування АХП (табл. 4.4).

При цьому слід наголосити, що на долю хвороб печінки у структурі формування втрат, які несе населення України та Закарпатської області припадає більше половини, однак, із них на АХП в Закарпатській області припадав вдвічі більший відсоток, ніж в Україні (23,8% проти 11,1%), зокрема, серед жінок. Так, у Закарпатській області частка АХП у структурі ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ серед чоловіків у 1,7 раза перевищувала відповідну серед українських чоловіків, а серед жінок є майже втричі більшою, ніж в середньому по Україні (19,0% проти 11,0% серед чоловіків та 31,6% проти 11,3%), що свідчить про зростання впливу надмірного вживання алкоголю на формування демографічних втрат населення регіону.

Водночас, показник ВРПЖ в результаті смертності внаслідок АХП серед населення Закарпатської області був майже втричі більшим за відповідний в Україні, що свідчить про більш раннє та частіше настання смерті від цих хвороб населення Закарпатської області.

Ще більш невтішною картиною характеризувався показник ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок АХП серед чоловічого та жіночого населення регіону в порівнянні із загальнодержавними значеннями.

Таблиця 4.4

Показник ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок основних нозологій класу ХОТ, за статтю та часткою у загальній структурі ВРПЖ (на 100 тис. осіб, %, 2016 р., Закарпатська область, Україна)

Нозології	Населення	Закарпатська область		Україна	
		Рівень	Частка у структурі, %	Рівень	Частка у структурі, %
ХОТ	обидві статі	840	12,3	626,2	9,2
	чоловіки	1046,5	10,5	897,8	9,0
	жінки	636,4	16,6 %	367,5	9,6
Виразка шлунку і дванадцятипалої кишки	обидві статі	20,9	2,5	31,0	5,0
	чоловіки	24,5	2,3	48,4	5,4
	жінки	17,4	2,7	14,6	4,0
Алкогольна хвороба печінки	обидві статі	199,9	23,8	69,3	11,1
	чоловіки	198,9	19,0	98,6	11,0
	жінки	201,0	31,6	41,4	11,3
Інші хвороби печінки	обидві статі	298,0	35,5	402,3	64,2
	чоловіки	315,8	30,2	562,2	62,6
	жінки	280,5	44,1	250,1	68,1
Інші ХОТ	обидві статі	321,2	38,2	123,5	19,7
	чоловіки	507,4	48,5	188,7	21,0
	жінки	137,6	21,6	61,4	16,7

Так, величина цього показника серед чоловіків Закарпатської області була вдвічі вищою, ніж в Україні, а серед жінок переважає в 2016 р. сягнуло майже п'яти разів (198,9 проти 98,6 для чоловіків та 201,0 проти 41,4 на 100 тис. осіб для жінок)! Водночас, якщо для показника ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок АХП у динаміці за 2006 – 2016 рр. було характерно зменшення серед обох статей (як в Україні, так і в Закарпатській області), то частка патології серед жіночого населення Закарпатської області у структурі втрат, навпаки, зросла з 29,3% до 31,6%.

Таким чином, нами був доведений факт впливу зловживання алкоголем як фактору, що суттєво детермінує демографічні втрати Закарпатської області та України в цілому. При цьому, як наголошують експерти, попит на спиртні напої протягом багатьох років залишається стабільним, а механізм фінансування заходів

антиалкогольного спрямування в Україні до цього часу не розроблений, комплексний підхід до вирішення цієї проблеми не застосовується [151].

Враховуючи вищевикладене та усвідомлюючи, що зловживання алкоголем є визнаним керованим чинником впливу на здоров'я, виникає нагальна потреба у розробці заходів щодо зменшення зловживання спиртними та слабоалкогольними напоями на регіональному рівні, зокрема серед жіночого населення на основі комплексного міжсекторального підходу.

Як позитивний факт в Закарпатській області слід відзначити зниження показника ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ВШ і ДПК з 2006 до 2016 року майже на 10%. При цьому, в Закарпатській області величина цього показника була на 48,3% меншою, ніж в Україні. Майже вдвічі меншою є і частка у структурі ВРПЖ населення, ніж в Україні. Однак, якщо серед чоловіків показник ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок цієї патології та його частка в загальній структурі також є майже вдвічі меншими, ніж в Україні, то для жінок, при меншій частці у структурі втрат (2,7% області проти 4,0% в Україні), показник ВРПЖ виявився на 19,2% більшим. Це свідчить про зростання значущості цієї патології для жіночого населення області та більш ранній вік смерті жінок внаслідок них в Закарпатській області. Слід зауважити також, що за досліджувані десять років динаміка індексу серед жінок в регіоні характеризулася зростанням на 28,9%, на відміну від чоловіків, серед яких показник за цей період зменшився на 25,8%. Такі зміни величини показників серед жіночого населення області відповідають тенденції в Україні та, водночас, є більш значними для Закарпатського регіону.

При більш детальному розгляді втрат внаслідок передчасної смертності населення Закарпатської області від окремих нозологій класу ХОТ виявляються певні їх особливості. Так, враховуючи значний внесок АХП та фіброзів і цирозів печінки (ФЦП) у формування втрат населення регіону, найбільший відсоток у структурі таких втрат для Закарпатської області належить гострому панкреатиту (ГП) (33,0%). На нашу думку, причиною цього може бути, наряду зі зловживанням алкоголем, споживання «ударних доз» напоїв з високим вмістом спирту,

схильність серед населення до замовчування проблем, пов'язаних із порушенням здоров'я внаслідок ХПЗ, про що свідчать високі рівні поширеності та захворюваності даної патології серед населення області, а також поширена практика самолікування, нераціональне харчування, певні релігійні та національні звички (дотримання посту з наступним різким «розширенням» раціону, різні звички харчування тощо). Водночас, на нашу думку, на формування демографічних втрат населення області в результаті передчасної смертності внаслідок окремих нозологій класу ХОТ впливає, в першу чергу, різна доступність населення регіону до медичної допомоги в окремих біогеохімічних зонах мешкання. На користь цього свідчать відмінності у зареєстрованих показниках захворюваності та поширеності патологій класу ХОТ серед населення різних біогеохімічних зон мешкання регіону та різниця в обсягах реальних та потенційних демографічних втрат, які несе населення Закарпатської області, що мешкає в різних біогеохімічних зонах проживання (табл. 4.5).

Таким чином, абсолютна більшість демографічних втрат (88,6%) у 2016 р. в Закарпатській області була обумовлена трьома основними нозологіями – гострий панкреатит (33,0%), фіброз і цироз печінки (31,8%) та алкогольна хвороба печінки (23,8%) (перераховано за значущістю). При цьому, спостерігалась виражена диференціація індексу ВРПЖ та абсолютних втрачених років життя в результаті передчасної смертності внаслідок окремих нозологій та класу ХОТ в цілому в залежності від місця проживання. Найбільшу кількість потенційних втрат в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ несе населення низинної зони – 4460 (3467,5 людино – років у передгірській зоні та 1410 в гірській). Найбільшим виявився тут і показник ВРПЖ на 100 тис. населення – 875,4 проти 801,8 та 831,0 у передгірській та гірській зонах.

Як видно з 4.5 таблиці, у низинній зоні найвищим виявився показник ВРПЖ для таких нозологій як гострий панкреатит та алкогольна хвороба печінки (315,5 та 276,3 на 100 тис. осіб). Найбільшою виявилась і частка даних патологій у структурі формування втрат, які несе населення області в цілому внаслідок передчасної смертності (36% та 31,6%).

Таблиця 4.5

Абсолютні втрати та показник ВРПЖ в результаті передчасної смертності від основних нозологій класу ХОТ за місцем проживання та часткою в загальній структурі ВРПЖ у Закарпатській області (на 100 тис. осіб, людино – роки, %, 2016 р.)

Нозології	Показник	Біогеохімічна зона			
		область	низинна	передгірська	Гірська
Хвороби органів травлення(100%)	ВРПЖ	840,0	875,4	801,8	831,0
	недожиті роки	9337,5	4460	3467,5	1410
Виразка шлунку і 12- палої кишки	ВРПЖ	20,9	17,7	26,0	17,7
	частка у структурі	2,5	2,0	3,2	2,1
	недожиті роки	232,5	90	112,5	30
Алкогольна хвороба печінки	ВРПЖ	199,9	276,3	135,3	135,5
	частка у структурі	23,8	31,6	16,9	16,3
	недожиті роки	2222,5	1407,5	585	230
Фіброз і цироз печінки	ВРПЖ	266,7	213,5	315,6	302,0
	частка у структурі	31,8	24,4	39,4	36,3
	недожиті роки	2965	1087,5	1365	512,5
Інші хвороби печінки	ВРПЖ	31,3	19,6	42,8	36,8
	частка у структурі	3,7	2,2	5,3	4,4
	недожиті роки	347,5	100	185	62,5
Гострий панкреатит	ВРПЖ	277,1	315,5	218,5	310,9
	частка у структурі	33,0	36,0	27,3	37,4
	недожиті роки	3080	1607,5	945	527,5
Інші хвороби органів травлення	ВРПЖ	34,2	32,4	40,5	23,6
	частка у структурі	4,1	3,7	5,1	2,8
	недожиті роки	380	165	175	40

Абсолютні втрати років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від гострого панкреатиту та алкогольної хвороби печінки населення низинної зони склали в 2016 р. 1607,5 та 1407,5 людино – років. При порівнянні показників ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від окремих нозологій класу ХОТ з відповідними в інших біогеохімічних зонах області відмічаються значні відмінності. Індекс за представленими вище гастроентерологічними нозологіями був значно більшим, ніж у порівнюваних зонах. Так, для гострого панкреатиту

показник ВРПЖ у низинній зоні на 44,4% перевищував величину показників у передгірській та на 1,5% – у гірській зоні. Для АХП показник ВРПЖ у низинній зоні більш, ніж вдвічі перевищував відповідні у передгірській та гірській зонах: 276,3 проти 135,3 та 135,5 на 100 тис. населення.

У передгірській зоні індекс ВРПЖ домінував за наступними патологіями: фіброз і цироз печінки (315,6 на 100 тис. осіб) та гострий панкреатит (218,5 на 100 тис. осіб), водночас, як і їх частка у структурі ВРПЖ населення досліджуваного регіону (39,4% та 27,3%). При цьому, абсолютні втрати років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від цих патологій серед населення передгірської зони мешкання також були найбільшими і склали 1365 людино – років для ФЦП та 945 людино – років для ГП. Однак, при порівнянні показників ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від окремих гастроентерологічних захворювань у передгірській зоні та інших біогеохімічних зонах Закарпатської області встановлено, що найбільшими серед населення цієї зони були втрати років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від виразки шлунку і дванадцятипалої кишки (26,0 на 100 тис. осіб), фіброзів і цирозів печінки (315,6 на 100 тис. осіб), інших хвороб печінки (42,8 на 100 тис. осіб) та інших хвороб органів травлення (40,5 на 100 тис. населення). Так, для виразки шлунку і дванадцятипалої кишки показник виявився у півтори раза більшим, ніж у низинній та гірській зонах, для фіброзів і цирозів печінки – на 47,8% більшим, ніж у низинній та лиш на 4,5% більшим, ніж у гірській зоні, для інших хвороб печінки він у 2,2 раза виявився більшим, ніж у низинній зоні та в 1,2 раза більшим, ніж у гірській зоні, а для інших ХОТ переважання становило 1,3 та 1,7 раза відповідно.

Для населення гірської біогеохімічної зони Закарпатської області найбільшими виявились втрати за величиною індексу ВРПЖ від гострого панкреатиту (310,9 на 100 тис. населення), фіброзів і цирозів печінки (302,0 на 100 тис. осіб) та алкогольної хвороби печінки (135,5 на 100 тис. осіб). У 2016 р. населення гірської зони від зазначених патологій втратило 1270 років потенційного життя. При цьому, за величиною індексу ВРПЖ втрати населення

гірської зони внаслідок передчасної смертності від окремих нозологій класу ХОТ були значно меншими, ніж у низинній та передгірській зонах. Однак, показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунку та дванадцятипалої кишки серед населення гірської зони є таким же, як серед населення низинної зони (17,7 на 100 тис. осіб), внаслідок фіброзів і цирозів печінки (302,0 на 100 тис. осіб) – достовірно не відрізняється від його рівня серед населення передгірської зони (315,6 на 100 тис. осіб) та навіть на 41,5 % перевищують відповідний у низинній зоні. Подібною є і величина індексу ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від гострих панкреатитів – при практично однакових рівнях у гірській та низинній зоні (310,9 та 315,5 на 100 тис. осіб), рівень його на 42,3% перевищує відповідний у передгірській зоні. Водночас, незначно більшим, ніж у передгірській зоні тут виявився і показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від алкогольної хвороби печінки – 135,5 на 100 тис. населення проти 135,3 на 100 тис. осіб. При цьому, кількість потенційно втрачених років життя серед населення гірської зони виявилась значно меншою: 30 людино – років внаслідок передчасної смертності від виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, 230 – від алкогольної хвороби печінки, 512,5 – від фіброзів і цирозів печінки, 527,5 – від гострого панкреатиту, 62,5 – від інших хвороб печінки, 40 – для інших хвороб печінки.

Таким чином, як видно з представлених результатів, окремі гастроентерологічні захворювання мають різний вплив на формування як реальних, так і потенційних втрат життя населення в Закарпатській області, зокрема в різних біогеохімічних зонах проживання. Так, якщо порівняти показники ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від окремих гастроентерологічних захворювань з абсолютною кількістю смертей від цих же патологій, виявляються значні відмінності у їх значущості як причин смерті.

Наприклад, найбільшою серед населення Закарпатської області була визначена кількість смертей від ФЦП (220 осіб), однак, незважаючи на меншу кількість смертних випадків, спричинених ГП (182 осіб) у 2016 р., саме ця патологія обумовила максимальну кількість потенційно втрачених років життя (3080 людино – років) населення Закарпатської області (проти 2965 людино –

років від фіброзів і цирозів печінки). Така ситуація складається внаслідок того, що смерть від цієї патології серед населення Закарпатської області настигла в молодшому віці, ніж від фіброзів і цирозів печінки. Причому, кількість смертних випадків внаслідок гострого панкреатиту, що сталися в молодших вікових групах, у 2016 р. була значно вищою, ніж від фіброзів і цирозів печінки. Відповідно, більшою була і кількість років, недожитих до межі 65 років внаслідок передчасної смертності від цієї патології.

Разом з тим, при більш, ніж удвічі меншій кількості смертних випадків від ФЦП населення гірської зони (39 осіб) в порівнянні з їх кількістю в низинній та передгірській зонах (85 та 96 осіб відповідно), нами встановлено, що показник ВРПЖ внаслідок цієї патології лиш на 4,3 % був нижчий (302,0 на 100 тис. населення), ніж у передгірській зоні (315,6 на 100 тис. осіб) та на 41,5% більшим, ніж у низинній зоні (213,5 на 100 тис. осіб). Це пояснюється більш старшим віком настання смерті від цієї патології у низинній та передгірській зонах.

Для усунення можливого впливу елімінованої ознаки (в даному випадку різної чисельності населення за статеві – віковими групами в окремих біогеохімічних зонах Закарпатської області) нами проведено стандартизацію показників ВРПЖ прямим методом. Отримані результати доводять різну величину внеску окремих нозологій класу ХОТ у формування втрачених років потенційного життя населення різних біогеохімічних зон мешкання в Закарпатській області та підкреслюють гостроту проблеми передчасної смертності від ХОТ населення Закарпатської області саме в гірській зоні (табл. 4.6).

За нашими розрахунками, в 2016 році стандартизований показник ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ серед населення гірської зони в 6,5 рази перевищував обласні значення.

Водночас, він виявився в 2,3 рази вищим, ніж у низинній зоні та у 2,6 рази вищим, ніж у передгірській зоні.

Таблиця 4.6

Стандартизований коефіцієнт втрачених років потенційного життя в результаті передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення за окремими нозологіями та біогеохімічними зонами мешкання (на 100 тис. населення у віці 0 – 64 роки, 2016 р.)

Нозології	Закарпатська область	Біогеохімічна зона		
		Низинна	Передгірська	Гірська
Хвороби органів травлення	75,6	171,8	185,4	489,7
Виразка шлунку і 12-палої кишки	1,9	3,5	6,0	10,4
Алкогольна хвороба печінки	18,0	54,2	31,3	79,9
Фіброз і цироз печінки	24,0	41,9	73,0	178,0
Інші хвороби печінки	2,8	3,8	9,9	21,7
Гострий панкреатит	24,9	61,9	50,5	183,2
Інші хвороби органів травлення	3,1	6,4	9,4	13,9

Для окремих нозологій класу ХОТ переважання показника в гірській зоні також виявилось суттєвим (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Переважання стандартизованого показника втрачених років потенційного життя населення гірської зони відносно інших біогеохімічних зон та Закарпатської області в цілому (рази, на 100 тис. населення, 2016 р.)

Переважання показників ВРПЖ, рази		
Закарпатська область	низинна зона	передгірська зона
Виразка шлунку і дванадцятипалої кишки		
5,5	3	1,7
Алкогольна хвороба печінки		
4,4	1,5	2,6
Фіброз і цироз печінки		
7,4	4,2	2,4
Інші хвороби печінки		
7,8	5,7	2,2
Гострий панкреатит		
7,4	7,4	3,6
Інші хвороби органів травлення		
4,5	2,2	1,5

Так, найбільш разючими виявились відмінності величини стандартизованого показника ВРПЖ населення гірської зони та низинної, зокрема для таких патологій як гострий панкреатит (переважання в гірській зоні становило в 7,4 раза), фіброз і цироз печінки (у 4,2 раза), інші хвороби печінки (у 5,7 раза),

виразка шлунку і дванадцятипалої кишки (у 3 рази). Переважання вказаних показників у гірській зоні відповідних у передгірській зоні Закарпатської області виявилось дещо меншим, однак, теж достовірним ($p \leq 0,05$), а для гострого панкреатиту та алкогольної хвороби печінки навіть більшим – у 3,6 рази та 2,6 рази відповідно, для фіброзів і цирозів печінки – в 2,4 рази, для інших хвороб печінки та хвороб органів травлення – в 2,2 та 1,5 рази більшим.

При цьому слід наголосити, що стандартизований показник ВРПЖ у гірській зоні в 2016 р. також перевищував показники, розраховані в середньому по області, причому більш, ніж у 4 – 7 разів для окремих нозологій класу ХОТ.

Якщо порівняти отримані дані з нашими розрахунками за 2013 р., то спостерігалось зростання показників ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ в Закарпатській області на 3,7%. При цьому, найбільший приріст величини показника за трирічний період визначений серед населення низинної зони (+13,8%). Натомість у передгірській зоні індекс зріс лише на 2,1%, а в гірській зоні, навіть зменшився на 16,6%. Для більшості нозологій класу ХОТ за цей період в Закарпатській області також характерно зменшення показників ВРПЖ, що може свідчити про успіхи в попередженні передчасної смертності від зазначених патологій або зсуву часу смерті в більш пізні вікові групи. Виключення становлять тільки показники ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунку та дванадцятипалої кишки та гострих панкреатитів, рівень смертності від яких за цей період достовірно зріс (табл. 4.8).

В розрізі окремих біогеохімічних зон Закарпатської області динаміка показників ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від патологій класу ХОТ відрізнялася. Так, якщо для показників ВРПЖ від виразки шлунку і дванадцятипалої кишки у динаміці за 2013 – 2016 рр. було характерно збільшення (у 3,2 рази в низинній зоні та майже удвічі в передгірській зоні), то в гірській зоні, навпаки, величина цього показника зменшилася у півтори рази. Показник ВРПЖ від алкогольної хвороби печінки підвищився в низинній зоні лише в 1,1 рази, натомість в інших зонах, як і в області в цілому, визначено зниження індексу

ВРПЖ – в 1,6 рази в передгірській зоні, у 1,5 рази – в гірській зоні та в 1,1 раза – в цілому по області.

Таблиця 4.8

Динаміка стандартизованих показників ВРПЖ в результаті передчасної смертності населення Закарпатської області за окремими нозологіями класу ХОТ та окремими біогеохімічними зонами мешкання (на 100 тис. осіб віком 0 – 64 роки, 2013 р., 2016 рр.)

Нозології	Область		Біогеохімічна зона					
			Низинна		Передгірське		Гірська	
	2016	2013	2016	2013	2016	2013	2016	2013
Хвороби органів травлення	75,6	72,9	171,8	150,98	185,4	181,6	489,7	587,5
Виразка шлунку і 12-палої кишки	1,9	1,1	3,5	1,1	6	3,2	10,4	15,7
Алкогольна хвороба печінки	18	20,4	54,2	47,5	31,3	50,9	79,9	117,7
Фіброз і цироз печінки	24	24,4	41,9	44,9	73	67,4	178	204,6
Гострий панкреатит	24,9	21	61,9	46	50,5	47,3	183,2	180,4
Інші хвороби органів травлення	5,9	6	10,2	11,6	19,3	12,8	35,6	21,7

Показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від фіброзів і цирозів за період 2013 – 2016 рр. збільшився у передгірській зоні на 8,3%, натомість в інших зонах відбулось його зменшення (на 4,8% у низинній зоні та на 13,0% у гірській зоні), як і в області в цілому – на 1,6%. Але ці зміни не можна вважати достовірними, оскільки $p \geq 0,05$.

Важливо, що величина показника ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від гострого панкреатиту зросла у всіх без виключення біогеохімічних зонах та в Закарпатській області в цілому: на 34,6% у низинній, 6,8% у передгірській, 1,6% в гірській зоні та на 18,6% у середньому по області.

Така динаміка показника ВРПЖ в різних біогеохімічних зонах та в області в цілому характеризувала зміни внеску окремих нозологій класу ХОТ як причин смерті у формування демографічних втрат, зокрема через настання передчасної смертності. Корисність застосування методики оцінки ВРПЖ беззаперечна. Переваги зазначеного підходу полягають у чутливості та об'єктивності показника вимірювань, базуванні на міжнародних і хронологічних порівняннях, у визначенні

точних цілей та оцінки ефективності заходів зі скорочення поширеності хвороб органів травлення за допомогою адекватного їх лікування та профілактики.

Таким чином, на основі порівняльного аналізу показників ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від окремих гастроентерологічних патологій, кількості років потенційного життя, втрачених через її настання, абсолютної кількості смертних випадків та стандартизованих показників ВРПЖ встановлено, що серед населення гірської зони притаманно не лише найвищі рівні ВРПЖ від ХОТ, але й значне перевищення ними загальнообласного рівня, що обґрунтовує необхідність фокусування органів управління системою охорони здоров'я на проблемах збереження здоров'я населення цих територій. Наявна нерівність масштабів втрат через надмірну смертність внаслідок ХОТ населення гірської зони має стати підґрунтям у розробці цілеспрямованих профілактичних заходів, орієнтованих на мінімізацію демографічних втрат населення регіону з урахуванням особливостей Закарпатської області.

Результати оцінки демографічних втрат в результаті смертності внаслідок ХОТ та обсягу і структури втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності населення Закарпатської області від них свідчать про необхідність розробки нової удосконаленої системи медико-соціальної профілактики передчасної смертності внаслідок ХОТ на рівні регіону з новими функціонально – організаційними підходами на основі міжсекторальної взаємодії у відповідності з сучасною стратегією реформування у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ 4:

1. Доведено вищу значущість ХОТ як причини демографічних втрат в Україні, що підтверджено високим рівнем передчасної смертності порівняно з країнами Європейського регіону ВООЗ, вираженою статеву диспропорцією (у 2,4 раза вищі показники смертності для чоловіків), зміною місця в ієрархії причин смерті з п'ятого на четверте.

2. Показано, що основну частину втрат в результаті смертності внаслідок ХОТ формували хвороби печінки (70,2%), в тому числі алкогольна хвороба печінки, на яку припадає 8,3%. Водночас, значними були і втрати внаслідок злоякісних новоутворень органів травлення (47,0 на 100 тис. населення, що становило 33,0 % від усіх злоякісних новоутворень).

3. Визначено регіональні відмінності смертності внаслідок ХОТ у Закарпатській області: на 44,0% вищий за загальноукраїнський рівень (62,5 проти 43,4 на 100 тис. нас.), більша частка в структурі (5,3% проти 4,5%), особливо для жінок (5,2% проти 3,8%), нижча статева диспропорція (1,7 раза проти 2,4 раза в Україні), більша значущість смертності внаслідок ХОТ для жіночого населення Закарпатської області, що потребує гендерного підходу в розробці регіональних профілактичних заходів.

4. Визначено втрати років потенційного життя через передчасну смертність в Україні: абсолютна кількість втрачених років в 2016 р. становила майже 2,5 млн. людино – років, показник ВРПЖ внаслідок настання смерті до досягнення до 65 років склав 6825,9 на 100 тис. населення. Розраховано, що на долю ХОТ припадає 223440 людино – років або 9,2% у структурі всіх втрат.

5. Встановлено статеву диференціацію показника ВРПЖ. Доведено, що величина цього показника для чоловіків у два рази перевищує його значення, встановлене для жінок (897,8 проти 367,5 на 100 тис. осіб у віці 0 – 64 роки).

6. Визначено показник ВРПЖ в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ в Закарпатській області, який у 2016 році становив 840 на 100 тис. населення, що на 34,1% перевищує аналогічний в Україні (626,2 на 100 тис. населення), зокрема серед жінок (в 1,7 рази). Водночас, незважаючи на його зниження за період 2006 – 2016 рр. на 22,0% (1077,6 на 100 тис. населення), статева диспропорція залишалася значною (1046,5 проти 636,4 на 100 тис. населення).

7. Доведено, що абсолютна більшість ВРПЖ (88,6 %) у 2016 р. в Закарпатській області обумовлена трьома основними нозологіями – гострим панкреатитом (33,0%), фіброзом і цирозом печінки (31,8%) та алкогольною

хворобою печінки (23,8%). Показано, що особливістю втрат років потенційного життя в Закарпатській області є вдвічі більша частка, ніж в Україні, що припадає на АХП (23,8% проти 11,1%), особливо серед жінок (31,6% проти 11,3%). Визначено, що переважання показника ВРПЖ внаслідок цієї патології для жінок у 2016 р. було майже п'ятиразовим (201,0 проти 41,4 на 100 тис. осіб), для чоловіків – в два рази вищим (198,9 проти 98,6 на 100 тис. осіб). Також найбільшу частку в структурі в Закарпатській області зумовлював гострий панкреатит, натомість в Україні – фіброз і цироз печінки.

8. Встановлено територіальну диференціацію рівня ВРПЖ залежно від біогеохімічної зони: найгірша ситуація спостерігалась у гірській зоні як щодо всього класу ХОТ, так і основних нозологій (стандартизований показник ВРПЖ в 6,5 рази перевищував середньообласний, втричі – показник у низинній зоні та у 2,6 рази – в передгірській зоні). В той же час, для гострого панкреатиту співвідношення індексу ВРПЖ порівняно з низинною зоною склало понад сім разів, фіброзу та цирозу печінки – більш, ніж у чотири рази. Відмінності у показниках ВРПЖ між передгірською і низинною зонами були меншими, однак їх переважання порівняно з середніми по області за різними нозологіями коливались від чотирьох до семи разів.

9. Рекомендується використовувати розрахунки показника ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ в цілому та окремих нозологій для оцінки ситуації в області або на певних територіях при плануванні й моделюванні ймовірних варіантів її розвитку, та розробки і реалізації тих або інших сценаріїв програм / заходів з профілактики ХОТ, для аналізу їх переваг та недоліків з огляду на перспективу збереження років потенційного життя на регіональному рівні.

Список особистих робіт за темою розділу: [1,3,8,11,15,16,17,18].

РОЗДІЛ 5

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ВІД ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

5.1 Аналіз результатів соціологічного опитування населення Закарпатської області

В сучасних соціально – економічних умовах багатьох країн світу, у тому числі і в Україні, на шляху досягнення стандартів ВООЗ стосовно збереження здоров'я стоїть ще багато перешкод, пов'язаних із соціально – економічними проблемами, зокрема таких як несприятливі економічні умови життя, недостатній рівень надання медичної допомоги, недостатня обізнаність населення з проблем збереження здоров'я [152,153].

Що стосується факторів ризику розвитку патологій класу ХОТ та передчасної смертності від них, як свідчать дані літератури [154,6], вони є відомими: соціально – біологічні чинники, соціально – економічні, соціально – психологічні, спосіб життя, медичні, стан здоров'я тощо.

Проте, на різних етапах розвитку суспільства, в різних соціально – економічних, екологічних, політичних та інших умовах дія чинників, їх сила і характер проявляється по – різному. Тому, вивчення комплексної дії факторів ризику різного походження є актуальною медико – біологічною проблемою. Саме з таких позицій в нашому дослідженні були вивчені сучасні фактори ризику розвитку патологій класу ХОТ та проведена оцінка їх розповсюдженості серед населення Закарпатської області за даними поглибленого аналізу.

Вивчення статево – вікового складу опитаних показало, що більшість респондентів складали жінки $53,3 \pm 2,0\%$ (348 осіб), частка чоловіків становила $46,7 \pm 2,0\%$ (305 осіб).

Середній вік респондентів становив $46,02 \pm 14,96$ років. У віковій структурі опитаних переважали особи віком від 35 до 54 років (близько $46 \pm 2,0\%$ сумарно), найменшу частку становили особи віком менше 19 та старше 75 років. Когорта опитаних чоловіків характеризувалась дещо старшим віком (p – величина для відмінності між групами становила $p=0,0075$).

Найбільшу частку серед респондентів складали українці ($82,7 \pm 1,5\%$). Решту опитаних складали росіяни ($5,5 \pm 0,9\%$), угорці ($5,2 \pm 0,9\%$), ромське населення ($2,9 \pm 0,7\%$), румуни ($2,6 \pm 0,6\%$), а найменшу кількість – німці, білоруси та поляки, кількість яких не перевищувала 1%. Більшість опитаних працюють ($53,0 \pm 2,0\%$), на пенсії за віком перебувають $16,2 \pm 1,4\%$, тимчасово не працюють $13,8 \pm 1,3\%$, навчаються $8,3 \pm 1,1\%$, у декретній відпустці $5,8 \pm 0,9\%$, на пенсії за інвалідністю $4,9 \pm 0,8\%$. Слід також зазначити, що більше 75% респондентів мають вищу або середню спеціальну освіту.

Серед опитаних більшою була частка сільських жителів ($53,6 \pm 2,0\%$), натомість міських – $46,4 \pm 2,0\%$. При цьому, частка респондентів з низинної зони (Ужгородський, Мукачівський, Берегівський та Виноградівський райони) виявилась найбільшою – $43,0 \pm 1,9\%$. Кількість опитаних з передгірської зони (Тячівський, Свалявський, Хустський, Перечинський та Іршавський райони) була дещо меншою – $41,5 \pm 1,9\%$, найменшою була кількість опитаних із гірської зони (Міжгірський, Воловецький, Рахівський та Велико-Березнянський райони) – $15,5 \pm 1,4\%$.

Більшість респондентів є сімейними: заміжніх/одружених – $72,4 \pm 1,7\%$, одиноких – $27,6 \pm 1,7\%$. Також, більшу частку серед опитаних становили особи, які відносять себе до населення з середнім рівнем достатку ($79,2 \pm 1,6\%$), інші респонденти порівну відносять себе до бідних прошарків населення та заможних громадян (по $10,4 \pm 1,2\%$).

Середній зріст респондентів становив $171,32 \pm 10,12$ см, середня маса – $73,65 \pm 15,64$ кг. Серед них переважали особи із нормальною масою тіла ($49,3 \pm 2,0\%$). Однак, майже $36,7 \pm 1,9\%$ опитаних зазначили, що мають надлишкову масу, а $9,3 \pm 1,1\%$ – ожиріння різного ступеня вираженості ($7,9 \pm 1,1\%$ – I ступеня,

1,1±0,4% –II, 0,3±0,2% – III). Водночас, 4,7±0,8% опитаних зазначили в себе недостатню масу тіла.

З метою вивчення впливу різних факторів на розвиток ХОТ серед населення Закарпатської області нами також було проведено поділ респондентів за частотою гастроентерологічних захворювань, зареєстрованих при зверненнях у ЗОЗ або з приводу яких в минулому було проведено амбулаторне або стаціонарне лікування (рис. 5.1).

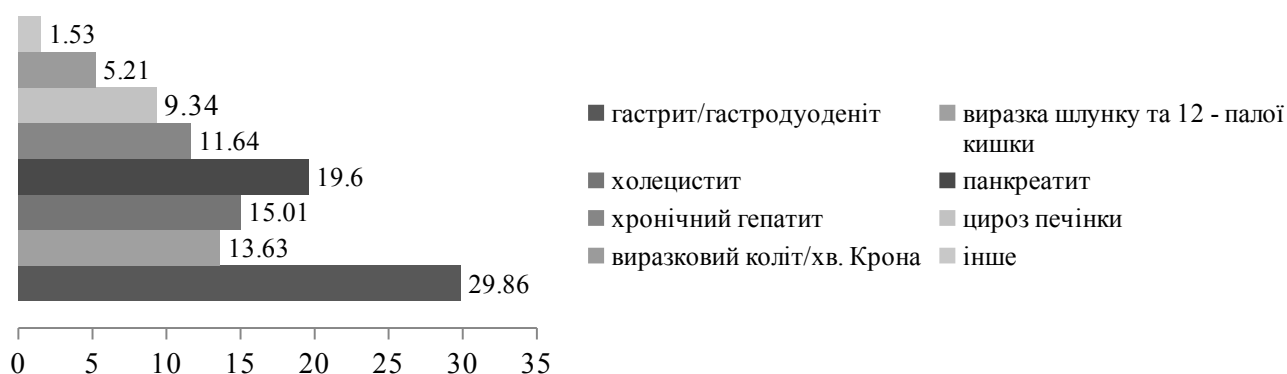


Рис. 5.1. Частота окремих нозологій класу ХОТ серед населення Закарпатської області, зареєстрованих при зверненнях в ЗОЗ

У зв'язку з тим, що деякі особи одночасно зазначали у себе два або більше гастроентерологічних захворювання сума одиниць спостережень переважає кількість анкет, відібраних для аналізу, а частота їх зустрічності у відсотках є більшою за 100%. Так, найчастіше серед опитаних були зареєстровані гастрит й гастродуоденіт ($29,9 \pm 1,8\%$) та панкреатит ($19,6 \pm 1,6\%$). Холецистит і виразка шлунку та 12 – палої кишки зустрічались серед опитаних з частотою $15,0 \pm 1,4\%$ та $13,6 \pm 1,3\%$. На долю таких захворювань як хронічний гепатит і цироз печінки серед опитаних припадало $11,6 \pm 1,3\%$ та $9,3 \pm 1,1\%$. Слід наголосити також, що частота виразкового коліту / хвороби Крона серед респондентів становила більш, ніж 5%.

В анамнезі більшість опитаних ($81,8 \pm 1,5\%$) зазначили, що не хворіли на гепатит А (хворобу Боткіна) в минулому. При цьому, для решти респондентів, які зазначили дане захворювання в себе ($17,5 \pm 1,5\%$), виявлено достовірний

взаємозв'язок між наявністю гепатиту А в анамнезі та хронічного гепатиту або цирозу на момент опитування ($\chi^2=38,681$, $p<0,0001$). Таким чином, припускаємо, що вірусний гепатит А, перенесений в минулому, може бути предиктором виникнення інших патологій печінки в майбутньому.

З метою визначення соціально – економічних проблем, які безпосередньо впливають на звернення з приводу наявного гастроентерологічного захворювання та отримання медичної допомоги нами проведено аналіз результатів опитування щодо причин звернення та часу звернення від початку прояву хвороби. Слід наголосити, що більше половини опитаних звернулись по спеціалізовану медичну допомогу до гастроентеролога безпосередньо, минаючи сімейного лікаря ($54,8\pm 1,9\%$), тільки $45,2\pm 1,9\%$ опитаних були направлені на консультацію до спеціаліста вторинного рівня лікарем загальної практики. При цьому, у $56,4\pm 1,9\%$ респондентів це був перший прояв хвороби, ще $7,0\pm 1,0\%$ зазначили, що звернулись з приводу повторного прояву хвороби, $36,6\pm 1,9\%$ – з приводу загострення захворювання. Попри те, що майже третина опитаних перебувала на диспансерному обліку у гастроентеролога ($27,3\pm 1,7\%$), більшість респондентів ($93,6\pm 1,0\%$) зволікали зі зверненням до лікаря з приводу даного гастроентерологічного захворювання. Хоча, як відомо, в разі ургентних станів госпіталізація після 24 годин є однією з основних причин летальності в стаціонарах.

Серед основних причин зволікання за зверненням за медичною допомогою респонденти назвали брак часу ($58,2\pm 1,9\%$) та брак коштів ($27,1\pm 1,7\%$). Водночас, на значній відстані до лікувального закладу як причини зволікання наголосили $14,7\pm 1,4\%$ опитаних, відсутності фахівця в найближчому лікувальному закладі та неможливості провести необхідне діагностичне обстеження, а також відсутності транспортного сполучення наголосили $10,9\pm 1,2\%$, $7,4\pm 1,0\%$ та $3,2\pm 0,7\%$ опитаних. Це дає підстави стверджувати, що вплив соціально – економічних чинників та проблема різного доступу населення є вкрай актуальною для Закарпатської області та потребує пошуку шляхів їх вирішення.

Третина опитаних при зверненні в ЗОЗ потребувала стаціонарного лікування ($33,2 \pm 1,8\%$). Враховуючи, що тільки $6,4 \pm 1,0\%$ опитаних звернулися за медичною допомогою на протязі кількох годин з моменту появи перших симптомів захворювання (до сімейного лікаря або гастроентеролога), можна зробити висновок про низьку обізнаність населення щодо розвитку ускладнень патологій органів травлення, фактором ризику для яких може бути й зволікання зі зверненням за медичною допомогою. На нашу думку свідченням цього є й те, що решта респондентів зволікали зі зверненням: $27,3 \pm 1,7\%$ опитаних зазначили, що від перших проявів хвороби до моменту звернення за медичною допомогою пройшли 2 і більше днів, $48,2 \pm 2,0\%$ звернулись до лікаря через місяць або більше, $18,1 \pm 1,5\%$ – через рік і більше, надаючи перевагу самолікуванню. При цьому, планово або з профілактичною метою майже половина опитаних ($44,7 \pm 2,0\%$) до лікарів взагалі не зверталась. Також, попри наявне / діагностоване захворювання класу ХОТ та, навіть під час його загострення, їздили за кордон на заробітки $17,2 \pm 1,5\%$ опитаних, що повинно привернути увагу медичних працівників при призначенні лікування пацієнтам даного профілю та враховуватись при розробці профілактичних заходів щодо ХОТ.

Частка респондентів, яка витрачала власні кошти на медичні цілі (медикаменти, діагностичні обстеження, лікувальні процедури, спеціальне харчування та мінеральні води, харчові добавки, благодійницькі внески, санаторно-курортне лікування та інше) становила $79,3 \pm 1,6\%$ (518 осіб). Мінімальна сума загальних витрат становила 100 грн, максимальна – 70000 грн. (додаток В–1).

Аналіз вивчення соціально – економічних проблем, які безпосередньо впливають на характер і якість харчування виявив, що половина респондентів ($50,7 \pm 2,0\%$) харчуються нерегулярно. Серед основних причин нерегулярного харчування вони зазначили недостатність часу через роботу ($39,6 \pm 2,7\%$) та необхідність економити внаслідок браку коштів ($23,6 \pm 2,3\%$). Досить значна частка опитаних повідомили про неможливість регулярно харчуватись через відсутність перерв у робочий час ($14,8 \pm 2,0\%$) та відсутність місць громадського харчування

поблизу ($9,4 \pm 1,6\%$). Водночас, $12,7 \pm 1,8\%$ опитаних не вважають за необхідне регулярно харчуватись.

З метою виявлення можливого впливу різних видів національної кухні, проведено аналіз відповідей респондентів щодо переваг у виборі певного виду національної кухні (додаток В–2). Результати аналізу свідчать, що більшість опитаних надає перевагу українській ($87,0 \pm 1,3\%$) та угорській кухні ($25,8 \pm 1,7\%$), специфікою яких є вживання висококалорійної їжі (основу їх складають білки, жири та вуглеводи, а страви передбачають складний набір компонентів – більше 20 в українському борщі та угорському бограчі) і комбінування декількох способів складної теплової обробки (спочатку їх обсмажують або варять, а потім тушкують або запікають). Водночас, при приготуванні страв використовується значна кількість прянощів і спецій, зокрема солі та перцю / паприки, а також поширеним є вживання самогону та вина власного виробництва [154,155]. При цьому, не було знайдено достовірного взаємозв'язку між частотою певного типу патології органів травлення та переважанням у раціоні харчування конкретної національної кухні ($\chi^2=29,394$, $p=0,393$). На нашу думку, причиною такої ситуації є те, що в силу соціально – економічних причин серед населення поширена змішана кухня.

Аналіз вивчення розповсюдженості шкідливих звичок засвідчив значне їх поширення серед населення Закарпатської області: вживання алкогольних напоїв підтвердили в своїх відповідях $67,5 \pm 1,8\%$ респондентів, надаючи перевагу пиву ($43,9 \pm 2,4\%$) та горілці ($36,7 \pm 2,3\%$). Більше половини опитаних ($55,6 \pm 2,0\%$) зазначили вживання слабоалкогольних напоїв і німцких вин. Водночас, слід зауважити, що майже для половини респондентів разова доза вживання алкоголю коливається від 100 до 200 мілілітрів. Значною виявилась також частка опитаних, які надають перевагу алкогольним напоям домашнього / власного виробництва – $31,3 \pm 1,9\%$. При цьому, за результатами проведеного аналізу було виявлено достовірний зв'язок між фактом вживання алкоголю та біогеохімічною зоною проживання респондентів ($\chi^2=12,066$, $p=0,002$). Найбільша кількість респондентів, які зазначили факт вживання алкоголю ($n=443$) є мешканцями низинної зони ($47,6 \pm 2,4\%$), найменшою – гірської ($13,8 \pm 1,6\%$) (табл. 5.1). При цьому, частка осіб,

що вживають алкоголь, у структурі населення окремих біогеохімічних зон різняться і виявилась значною: $75,1 \pm 2,6\%$ - у низинній зоні, $63,1 \pm 2,9\%$ – у передгірській зоні, $60,4 \pm 4,9\%$ у гірській зоні.

Таблиця 5.1

Частота вживання алкоголю серед респондентів у залежності від біогеохімічної зони проживання

Зона	Вживання алкоголю			
	Так (n=443)		Ні (n=210)	
	частка серед тих, хто вживає алкоголь	частка серед населення певної зони	частка серед тих, хто не вживає алкоголь	частка серед населення певної зони
Низинна (n=281)	211 ($47,6 \pm 2,4\%$)	$75,1 \pm 2,6\%$	70 ($33,3 \pm 3,3\%$)	$24,9 \pm 2,6\%$
Передгірська (n=271)	171 ($8,5 \pm 2,3\%$)	$63,1 \pm 2,9\%$	100 ($47,6 \pm 3,4\%$)	$36,9 \pm 2,9\%$
Гірська (n=101)	61 ($13,8 \pm 1,6\%$)	$60,4 \pm 4,9\%$	40 ($19,0 \pm 2,7\%$)	$39,6 \pm 4,7\%$

Серед інших шкідливих звичок було вивчено поширення тютюнокуріння. Так, серед опитаних курців виявилось $36,6 \pm 1,9\%$. При цьому, середня кількість викурених цигарок на день становила $9,37 \pm 6,32$ одиниць.

Аналіз вивчення готовності респондентів поступись певними звичками заради покращення стану здоров'я виявив наступне: під час епізоду хвороби або її загострення більшість опитаних ($80,5 \pm 1,6\%$) відмовлялись від вживання алкогольних напоїв, а такою шкідливою звичкою як куріння поступались взагалі тільки $21 \pm 1,6\%$.

При тому, що вживання кави не належить до шкідливих звичок, регулярне її вживання зазначили $75,1 \pm 1,7\%$ опитаних, а середня кількість випитих чашок кави на добу становила $2,86 \pm 1,52$. При цьому, в період загострення хвороби від вживання кави відмовлялись менше половини респондентів ($42,5 \pm 1,9\%$).

Також слід зазначити, що майже кожний третій не дотримувався дієти на час хвороби ($27,9 \pm 1,8\%$ опитаних). Водночас, майже половина респондентів ($47 \pm 2,0\%$) в силу релігійних переконань вказали, що дотримуються посту, при цьому $26 \pm 1,7\%$ з них дотримуються його навіть під час загострення певного гастроентерологічного захворювання. Також, навіть попри наявний епізод хвороби, $17,2 \pm 1,5\%$ опитаних виїздили за кордон на заробітки під час загострення

хвороби, аргументуючи це фінансовою необхідністю. На нашу думку, дана інформація є вкрай корисною і має враховуватись лікарями при виборі тактики лікування та основних заходів профілактики ХОТ серед пацієнтів даного профілю.

Аналіз харчового раціону осіб з ХОТ (додаток В–3) виявив, що опитані з наявністю гастроентерологічної патології і певних проблем з процесами травлення, тим не менш, повідомили про звичне надмірне споживання саме червоного м'яса (переважно більш доступної свинини) та виробів з нього. Так, кожен п'ятий респондент вказав на щоденну (або частіше) присутність свинини у звичному раціоні, практично половина – на вживання цього м'яса з частотою 1–2 рази на тиждень. Понад 60% опитаних вживає копчені вироби (ковбаси та сало) від одного – двох разів на місяць до одного – двох разів на тиждень. Це має стати поштовхом до цілеспрямованої інформаційно – просвітницької роботи з населенням у цьому напрямку. Адже ще в жовтні 2015 року Всесвітня організація охорони здоров'я вказала на «ймовірну канцерогенність» червоного м'яса для людини, та вищу шкідливість обробленого (в'яленого, копченого, ферментованого тощо) [156]. Такі характеристики нездорового харчування як раціон з високим вмістом червоного м'яса та переробленого м'яса фігурують у переліку факторів ризику на сайті IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). За висновками Міжнародного агентства з вивчення раку (МАІР), що ґрунтувались на аналізі 800 досліджень з оцінки впливу червоного і обробленого м'яса на різні типи злоякісних пухлин, щоденне вживання 50 грамів обробленого м'яса збільшує ризик розвитку раку товстої і прямої кишки на 18%. Натомість про вживання більш дієтичного м'яса кролячого, птиці свійської (за виключенням курячого) і тим більш дикої повідомляли відносно рідше. Курятина є найбільш поширеним – значна частка респондентів ($27,33 \pm 1,76\%$, або найбільша за всі за цією позицією споживання) відповіла, що вживала його щодня або дуже часто. Ще кожен третій ($34,32 \pm 1,87\%$) розповів про наявність курятини щонайменше 1–2 рази на тиждень. Дичина відсутня (або дуже рідко наявна) на столі майже трьох чвертей ($71,99 \pm 1,81\%$) опитаних, однак специфікою закарпатського регіону є те, що бодай

один з десяти зміг повідомити, що вживає її 1–2 рази на місяць, трохи менша частка – 1–2 рази на тиждень.

Серед морепродуктів респонденти найчастіше віддавали перевагу рибі, однак на споживанні її 1–2 рази на тиждень, як цього вимагають гігієнічні норми забезпечення різноманітності та раціональності харчування, зазначили лиш $14,7 \pm 0,5\%$ опитаних. Найрідше опитані вживали ікру, раків, креветок та морські водорості, які є потужним джерелом більшості мікроелементів, необхідних для людини. Вживання цих продуктів принаймні раз на тиждень зазначили лише $6,6 \pm 0,5\%$ опитаних. Слід наголосити, що морепродукти в цілому є найменш вживаною групою харчових продуктів серед представлених, що актуалізує проблему мікро – та макроелементозів серед населення Закарпатської області, зокрема в умовах постійно діючого фактору йод – фторної недостатності.

Для молочних продуктів характерним є більша частота вживання цільного молока (коров'ячого), сметани та сиру, на вживанні яких щодня або дуже часто зазначив кожний п'ятий з опитаних. Майже третина опитаних зазначила, що вживають молочні продукти 1–2 рази на тиждень ($27,1 \pm 0,5\%$), $25,1 \pm 0,5\%$ вказали на їх вживанні принаймні 1–2 рази на місяць. Найменшим серед респондентів виявилось вживання козячого молока ($62,99 \pm 1,95\%$ опитаних його вживають дуже рідко або ніколи), однак, серед тих, хто його споживає, майже $17,69 \pm 1,54\%$ використовують щодня або дуже часто. При цьому, $46,8 \pm 1,8\%$ опитаних надають перевагу молочним продуктам власного виробництва або з місцевих ринків, що потребує посилення контролю з боку відповідальних служб за якістю таких продуктів харчування на поширених у Закарпатській області стихійних місцевих ринках і в сільських домогосподарствах.

Серед мучних продуктів та зернових виробів щодня або дуже часто опитані вживали крупи вівсяну ($53,59 \pm 1,97\%$), гречану ($51,47 \pm 1,97\%$) та рис ($45,88 \pm 1,97\%$). Також у щоденному раціоні опитаних найчастіше був хліб пшеничний ($54,95 \pm 1,96\%$), замість більш корисного із цільнозернових сортів (ніколи або дуже рідко у раціоні опитаних був хліб ржаний ($42,54 \pm 1,98\%$) та кукурудзяний ($51,21 \pm 2,01\%$). Серед масла та жирів респонденти надавали

перевагу вершковому маслу ($56,35 \pm 1,95\%$), олії соняшника ($54,32 \pm 1,96\%$) та жиру свинному ($44,72 \pm 1,97\%$), які були присутні в раціоні майже кожного другого респондента щодня. Також слід зазначити, що менш корисні спред та маргарин (містять велику кількість шкідливих транс – жирів, які спричиняють порушення ліпідного обміну) зустрічались в раціоні принаймні раз на місяць кожного четвертого опитаного, раз на тиждень – кожного п'ятого, майже 19% респондентів вживали їх щодня або дуже часто. Натомість, такі олії як льняна та кукурудзяна, корисність вживання яких є доведеною та які є основними джерелами омега-3 поліненасичених жирних кислот (вітаміну F) [157,158], серед даної групи харчових продуктів зустрічалась найрідше. Так, не вживають ніколи або дуже рідко олію кукурудзяну майже $64,52 \pm 1,92\%$ респондентів, льняну майже $57,65 \pm 1,99\%$, оливкову майже $43,45 \pm 2,18\%$, причиною чого, на нашу думку, може бути їх значна вартість.

Щодо овочів, то опитані ніколи або дуже рідко вживали кольрабі ($42,28 \pm 1,98\%$) та зеллер ($43,41 \pm 1,99\%$), очікувано часто – картоплю ($77,57 \pm 1,63\%$), огірки ($54,49 \pm 1,96\%$), помідори ($52,7 \pm 1,96\%$), моркву ($60,84 \pm 1,92\%$) та цибулю ($62,64 \pm 1,9\%$) (ймовірно, найбільш доступні продукти серед овочів, в тому числі власно вирощених), вживання яких дуже часто або щодня зазначав кожний другий респондент. Попри корисність вживання овочів, слід наголосити, що щоденне або дуже часте вживання картоплі, навпаки, може мати негативні наслідки. Адже, картопля має високий глікемічний індекс (більше 85 незалежно від способу приготування), тому вживання її спричиняє різке підвищення глюкози в крові з подальшим викидом інсуліну та призводить до посиленого ліпогенезу (синтезу жиру), що в кінцевому результаті негативно впливає на нутритивний статус, сприяючи залишковому накопиченню жирів і виникненню ожиріння.

Серед фруктів найбільш часто опитані вживали яблука та груші, які зустрічались в щоденному раціоні харчування кожного другого та кожного третього опитаного. Найменшим серед респондентів виявилось вживання екзотичних фруктів, зокрема інжиру ($53,21 \pm 2,0\%$) і гранату ($31,15 \pm 1,85\%$). При цьому, більш доступні банани та лимони зустрічались в раціоні харчування

кожного четвертого респондента принаймні раз на тиждень. Досить значною виявилась частка опитаних, які зазначили, що майже ніколи не вживають арахіс ($37,52 \pm 1,93\%$), лісовий горіх ($30,65 \pm 1,83\%$), гриби ($25,9 \pm 1,74\%$) та сухофрукти ($25,12 \pm 1,72\%$). Цікавим є той факт, що доступні лісові ягоди (яфіни, терен тощо), навіть у сезон, зустрічаються в раціоні раз на тиждень лише в $4,72 \pm 1,84\%$ опитаних, раз на місяць – $6,45 \pm 0,97\%$, щодня – лише $1,73 \pm 0,52\%$ опитаних. Поясненням цього, на нашу думку, може бути поширена практика промислового збуту даних продуктів серед населення регіону.

В таблиці 5.2. наведена інформація стосовно переваг респондентів щодо вживання продуктів харчування залежно від походження.

Таблиця 5.2

Розподіл респондентів щодо вживання продуктів харчування залежно від походження

Харчовий продукт	Походження			
	власного виробництва	магазинного імпортного походження	магазинного національного виробника	з місцевих ринків
М'ясні вироби	204 ($26,1 \pm 1,6\%$)	28 ($3,6 \pm 0,7\%$)	427 ($54,6 \pm 1,8\%$)	123 ($15,7 \pm 1,3\%$)
Рибні продукти	23 ($3,5 \pm 0,7\%$)	52 ($7,8 \pm 1,0\%$)	542 ($81,3 \pm 1,5\%$)	50 ($7,5 \pm 1,0\%$)
Молочні продукти	209 ($27,4 \pm 1,6\%$)	18 ($2,4 \pm 0,5\%$)	388 ($50,9 \pm 1,8\%$)	148 ($19,4 \pm 1,4\%$)
Зернові та мучні вироби	539 ($79,2 \pm 1,6\%$)	26 ($3,8 \pm 0,7\%$)	60 ($8,8 \pm 1,1\%$)	56 ($8,2 \pm 1,1\%$)
Масла і жири	504 ($71,8 \pm 1,7\%$)	28 ($4,0 \pm 0,7\%$)	68 ($9,7 \pm 1,1\%$)	102 ($14,5 \pm 1,3\%$)
Овочі та фрукти	168 ($22,0 \pm 1,5\%$)	10 ($1,3 \pm 0,4\%$)	193 ($25,3 \pm 1,6\%$)	393 ($51,4 \pm 1,8\%$)

У всіх випадках респонденти надають перевагу магазинним продуктам національного виробника, окрім овочів і фруктів, які переважно закупаються на місцевих ринках.

Проведено аналіз взаємозв'язку між частотою певного гастроентерологічного захворювання та наданням переваг у вживанні продуктів певного типу виробництва. При цьому переваги були виражені у трьох градаціях: магазинне, домашнє, кілька переваг одночасно.

За результатами обчислень достовірний взаємозв'язок був знайдений тільки щодо вживання молочних продуктів ($\chi^2=27,203$, $p=0,018$), масел та жирів ($\chi^2=26,264$, $p=0,024$).

Таким чином, достовірно можна стверджувати, що серед респондентів, які надавали перевагу у вживанні молочним продуктам магазинного походження частіше спостерігався гастрит ($32,4\pm 2,5\%$), серед тих, хто переважно вживав домашні молочні продукти – хронічний гепатит ($11,9\pm 2,1\%$) та інші патології органів травлення ($2,9\pm 1,1\%$), серед респондентів з кількома перевагами щодо виду молочних продуктів у раціоні переважали виразка шлунку і 12 – палої кишки та холецистит (по $17,2\pm 4,7\%$), водночас, дещо в меншій мірі, цироз печінки ($10,9\pm 3,9\%$) та хронічний виразковий коліт ($14,1\pm 4,4\%$). При цьому, слід наголосити, що хронічний виразковий коліт серед респондентів даної групи зустрічався майже в п'ять разів частіше, ніж серед любителів магазинних молочних продуктів ($2,9\pm 0,9\%$) та в 2,7 раза частіше, ніж серед любителів домашньої молочної продукції ($5,3\pm 1,4\%$).

Щодо походження масел та жирів, яким респонденти надавали перевагу картина виявилась дещо іншою: серед любителів магазинного їх походження частіше зустрічались хронічний гепатит ($13,6\pm 1,6\%$) та хронічний виразковий коліт ($5,4\pm 1,0\%$), серед любителів домашнього їх виготовлення – гастрит ($34,1\pm 4,2\%$), панкреатит ($19,8\pm 3,6\%$), цироз печінки ($11,9\pm 2,9\%$) та інші ХОТ ($4,0\pm 1,7\%$), серед тих, що не мали певних вподобань у вживанні щодо їх походження – виразка шлунку і 12 – палої кишки ($17,5\pm 6,0\%$) та холецистит ($22,5\pm 6,6\%$).

Враховуючи, що значна кількість опитаних надає перевагу вживанню продуктів власного виробництва та з місцевих ринків це потребує посилення роботи Держпромпродслужби задля забезпечення їх якості та безпечності, зокрема, вплив на розвиток ХОТ яких є доведеним (молочні продукти, масла і жири), й має стати основою проведення санітарно – просвітницької кампанії щодо шляхів збереження і покращення здоров'я серед населення всіх біогеохімічних зон Закарпатської області.

На основі результатів аналітичної статистики виявлено, що найбільша частка молодих людей зверталась за гастроентерологічною допомогою з приводу гастриту (рис. 5.2).

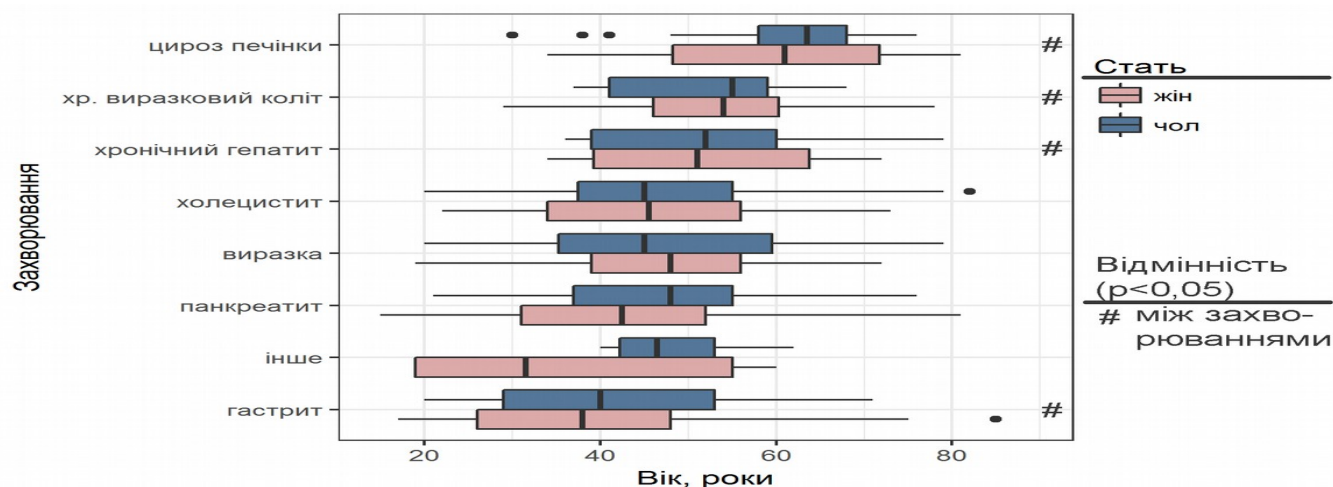


Рис. 5.2. Статеві – віковий розподіл частоти звернень з приводу окремих гастроентерологічних захворювань (n=653)

Контингент пацієнтів з гастритом статистично значимо відрізняється середнім віком ($39,66 \pm 14,28$ років) від пацієнтів із всіма іншими захворюваннями ($48,72 \pm 14,42$ років, $p = 9,11 \times 10^{-13}$). Достовірно найбільш старшими виявились групи пацієнтів з хронічним гепатитом ($51,37 \pm 12,14$ років, $p = 0,00013$), хронічним виразковим колітом ($52,35 \pm 10,81$ років, $p = 0,0014$) та циррозом печінки ($60,05 \pm 12,92$ років, $p = 3,03 \times 10^{-13}$), у порівнянні з усіма іншими. Такі результати є очікуваними й характерними для даних патологій. При цьому, у жодній із нозологічних груп статистично значимих вікових відмінностей між чоловіками та жінками не спостерігали.

Вивчення структури гастроентерологічної захворюваності серед міського і сільського населення (рис. 5.3) виявила, що жителі міст більше страждають від гастриту ($33,8 \pm 2,7\%$ проти $23,3 \pm 2,3\%$), виразкової хвороби шлунку ($13,8 \pm 2,0\%$ проти $12,2 \pm 1,7\%$), панкреатиту ($18,8 \pm 2,2\%$ проти $18,2 \pm 2,1\%$) та хронічного виразкового коліту ($5,9 \pm 1,4\%$ проти $4,1 \pm 1,1\%$), тоді як сільські жителі мають значно більшу частку випадків холецистититу ($16,3 \pm 2,0\%$ проти $11,9 \pm 1,9\%$), хронічного гепатиту ($14,1 \pm 1,9\%$ проти $7,5 \pm 1,5\%$), цирозу печінки ($10,0 \pm 1,6\%$

проти $7,5 \pm 1,5\%$) та інших гастроентерологічних захворювань ($1,9 \pm 0,7\%$ проти $0,9 \pm 0,5\%$).

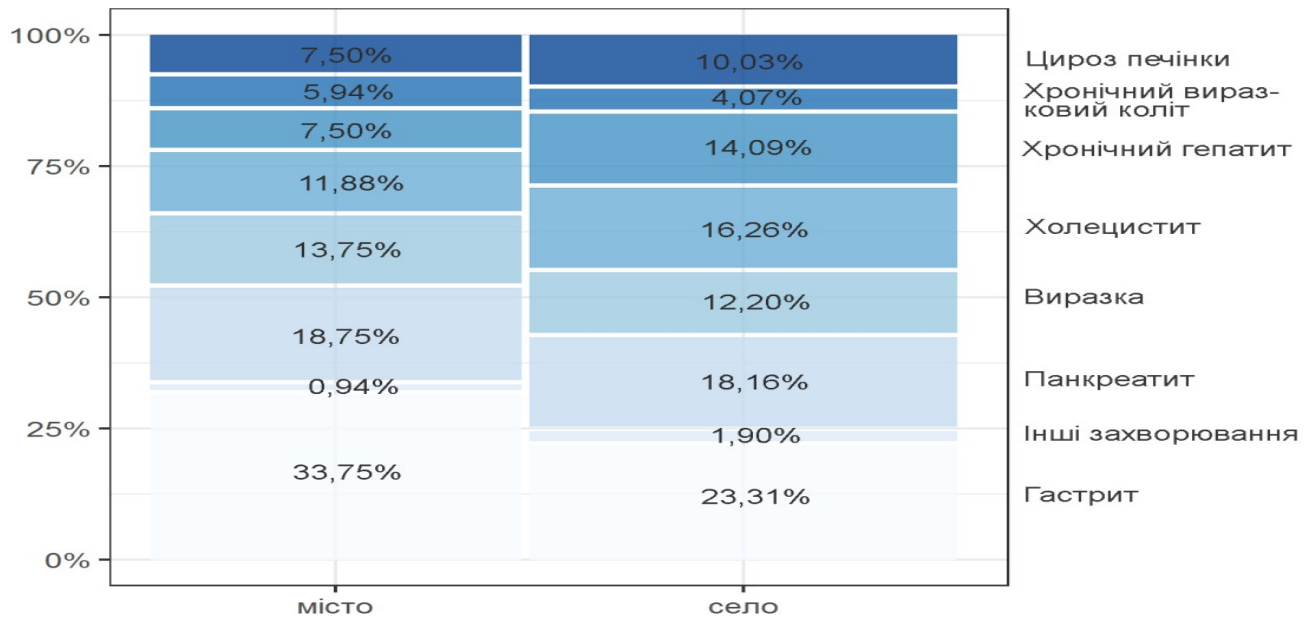


Рис. 5.3. Структура захворюваності міського та сільського населення.

Однак, нозологічна структура гастроентерологічної захворюваності (рис. 5.4) достовірно відрізнялась у розрізі біогеохімічних зон проживання (низинна, передгірська, гірська зони) із статистичною значимістю $\chi^2=26,97$, $p=0,019$.

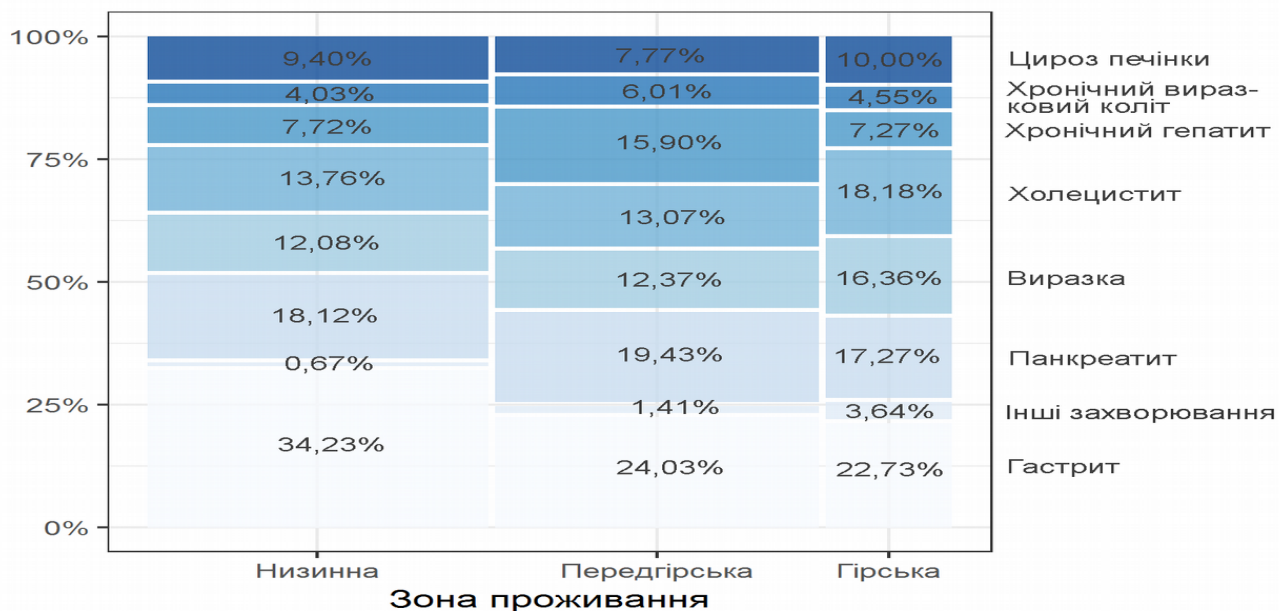


Рис. 5.4. Нозологічна структура гастроентерологічної захворюваності залежно від біогеохімічної зони

У всіх зонах найбільш поширеним захворюванням шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є гастрит, причому, його частка в структурі захворюваності виявилась значно вищою саме у низинній зоні ($34,2 \pm 2,8\%$ проти $24,0 \pm 2,6\%$ у передгірській зоні та $22,7 \pm 4,1\%$ у гірській зоні). У передгірській зоні в структурі згаданої патології порівняно більшу частину посідали хронічні гепатити, частка яких ($15,9 \pm 2,2\%$) понад вдвічі перевищувала частку у низинній ($7,7 \pm 1,6\%$) та гірській ($7,3 \pm 2,6\%$) зонах. У гірській зоні опитані відносно частіше повідомляли про такі захворювання як холецистит ($18,2 \pm 3,8\%$ проти $13,8 \pm 2,1\%$ у низинній зоні та $13,1 \pm 2,0\%$ у передгірській), виразка шлунку і 12 – палої кишки ($16,4 \pm 3,7\%$ проти $12,1 \pm 2,0\%$ у низинній та $12,4 \pm 2,0\%$ у передгірській зоні) і цироз печінки ($10,0 \pm 3,0\%$ проти $9,4 \pm 1,7\%$ у низинній зоні та $7,8 \pm 1,6\%$ у передгірській).

Таким чином, припускаємо, що попри найменшу кількість респондентів із гірської зони, які зазначили вживання алкоголю, вплив його є найсуттєвішим на стан здоров'я населення цієї зони (через можливу більшу разову дозу його вживання, систематичність вживання, поширення хронічних гепатитів інфекційного та іншого генезу, більшу частоту інших супутніх патологій тощо), свідченням чого є найбільш значне поширення цирозів печінки в гірській зоні.

Як засвідчив аналіз, структура гастроентерологічної захворюваності змінювалася залежно від наявності звички щодо вживання алкогольних напоїв ($\chi^2=16,54$, $p=0,021$): гастрит та панкреатит мали більшу частку в структурі захворюваності пацієнтів, що вживають алкогольні напої, тоді як хронічний гепатит та цироз печінки – меншу (рис. 5.5).

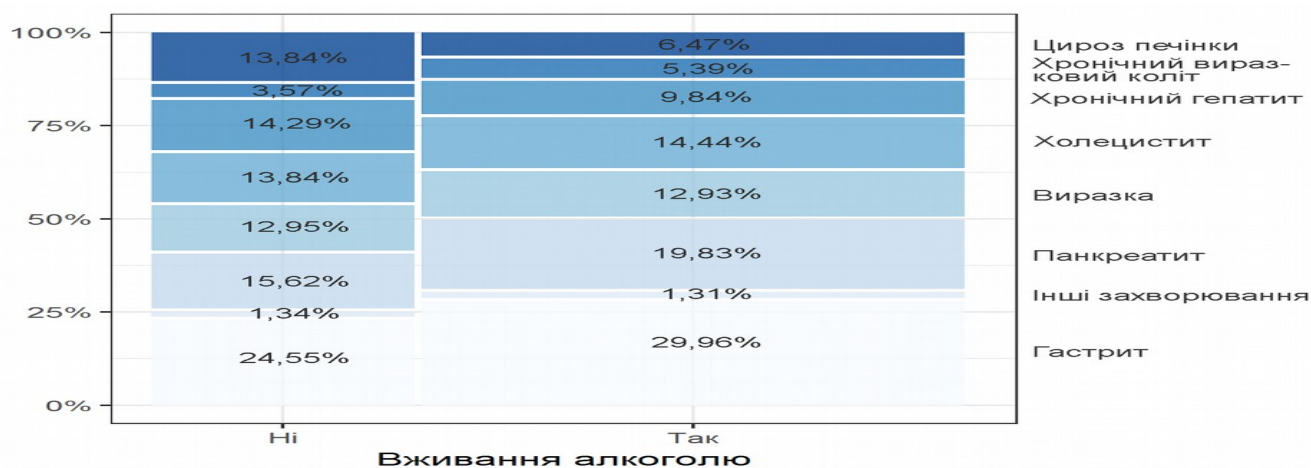


Рис. 5.5. Нозологічна структура гастроентерологічної захворюваності залежно від вживання алкоголю

На нашу думку, більшу частку випадків хронічного гепатиту та цирозу печінки у осіб, що не вживають алкоголь можна пояснити вимушеною відмовою від шкідливої звички через розвиток захворювання печінки.

Крім цього, знайдено статистично значущий ($\chi^2=37,893$, $p=0,001$) зв'язок між наявністю певної гастроентерологічної патології та переважним вживанням алкоголю конкретного типу виробництва (магазинне, домашнє, обидва типи) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Частота окремих нозологій класу ХОТ в залежності від вживання алкоголю певного типу виробництва (%)

Патологія	Тип виробництва алкоголю					
	Магазинний		Домашній		Обидва	
	Число	%	Число	%	Число	%
Гастрит	103	33,1±2,7%	20	25,0±4,8%	13	23,6±5,7%
Виразкова хвороба	40	12,9±1,9%	5	6,3±2,7%	12	21,8±5,6%
Холецистит	46	14,8±2,0%	12	15,0±4,0%	9	16,4±5,0%
Панкреатит	58	18,6±2,2%	19	23,8±4,8%	3	5,5±3,1%
Хронічний гепатит	27	8,7±1,6%	9	11,3±3,5%	8	14,5±4,8%
Цироз печінки	13	4,2±1,1%	12	15,0±4,0%	5	9,1±3,9%
Хронічний виразковий коліт	20	6,4±1,4%	—	—	5	9,1±3,9%
Інше	4	1,3±0,6%	3	3,8±2,1%	—	0,0%

Для більш поглибленого статистичного аналізу з метою виявлення прихованих факторів впливу, таблиці спряження були побудовані зі створенням нової градації респондентів, які надають перевагу обом типам виробництва алкоголю або обом їх видам.

Так, незалежно від типу виробництва алкогольних напоїв, яким надавали перевагу респонденти, найчастіше серед опитаних виявлявся гастрит, більшою мірою – при вживанні алкогольних напоїв магазинного виробництва (33,1±2,7%). Також при переважному вживанні магазинних алкогольних напоїв серед респондентів найчастіше зустрічались панкреатит (18,6±2,2%) та холецистит (14,8±2,0%). При цьому, частота гастриту серед респондентів, які надавали

перевагу алкоголю домашнього приготування, була дещо більшою ($25,0 \pm 4,8\%$). Більшою виявилась і частка холециститу ($15,0 \pm 4,0\%$) серед любителів домашнього алкоголю. Серед респондентів, які не надавали перевагу певному типу алкоголю, поєднуючи вживання алкогольних напоїв різного виробництва, найчастіше зустрічалась виразкова хвороба шлунку і 12 – палої кишки ($21,8 \pm 5,6\%$), а частота виявлення холециститу виявилась найбільшою ($16,4 \pm 5,0\%$).

Однак, слід наголосити, що вживання виключно домашнього виробництва алкоголю достовірно збільшувало частоту цирозів печінки серед респондентів ($15,0 \pm 4,0\%$) в порівнянні з любителями магазинного алкоголю більш, ніж в 3,5 раза та тими, хто не мав переваг, більш, ніж в 1,5 раза. Зростала також частота панкреатиту (в 1,3 раза та 4,3 раза) та інших ХОТ (майже втричі). Натомість, вживання алкоголю незалежно від типу виробництва збільшувало частоту виявлення виразкової хвороби шлунку та 12 – палої кишки в 1,7 раза в порівнянні з особами, що вживали переважно алкоголь магазинного походження, та в 3,5 раза в порівнянні з любителями домашнього алкоголю.

Також виявлено достовірний взаємозв'язок ($\chi^2=36,721$, $p=0,001$) між частотою конкретної гастроентерологічної патології та перевагами у виборі певного виду алкоголю (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Частота окремих нозологій класу ХОТ в залежності від вживання алкоголю певного виду (%)

Патологія	Вид алкоголю					
	Міцний		Неміцний		Кілька переваг	
	Число	%	Число	%	Число	%
Гастрит	27	$27,8 \pm 4,6\%$	73	$35,6 \pm 3,3\%$	36	$25,7 \pm 3,7\%$
Виразкова хвороба	9	$9,3 \pm 2,9\%$	25	$12,2 \pm 2,3\%$	22	$15,7 \pm 3,1\%$
Холецистит	15	$15,5 \pm 3,7\%$	28	$13,7 \pm 2,4\%$	22	$15,7 \pm 3,1\%$
Панкреатит	20	$20,6 \pm 4,1\%$	36	$17,6 \pm 2,7\%$	23	$16,4 \pm 3,1\%$
Хронічний гепатит	8	$8,2 \pm 2,8\%$	27	$13,2 \pm 2,4\%$	9	$6,4 \pm 2,1\%$
Цироз печінки	11	$11,3 \pm 3,2\%$	7	$3,4 \pm 1,3\%$	12	$8,6 \pm 2,4\%$
Хронічний виразковий коліт	2	$2,1 \pm 1,4\%$	8	$3,9 \pm 1,4\%$	15	$10,7 \pm 2,6\%$
Інше	5	$5,2 \pm 2,2\%$	1	$0,5 \pm 0,5\%$	1	$0,7 \pm 0,7\%$

Так, переважне вживання респондентами неміцних видів алкоголю збільшувало частоту виявлення серед них гастритів ($35,6 \pm 3,3\%$) та хронічних

гепатитів ($13,2 \pm 2,4\%$). Натомість, хоч серед любителів міцних алкогольних напоїв і була меншою частота гастритів ($27,8 \pm 4,6\%$), більшою виявилась частка таких патологій як панкреатит ($20,6 \pm 4,1\%$), цироз печінки ($11,3 \pm 3,2\%$) та інших ХОТ ($5,2 \pm 2,2\%$). Серед опитаних, які поєднували вживання міцного й неміцного видів алкоголю найчастіше виявлялись виразкова хвороба шлунку і 12 – палої кишки та холециститів (по $15,7 \pm 3,1\%$) і хронічного виразкового коліту ($10,7 \pm 2,6\%$).

Таким чином, результати проведеного аналізу доводять, що незалежно від типу/ виду вживаного алкоголю, первинним органом ШКТ (бар'єром), що уражається, є шлунок (про що свідчить найбільша частота гастритів серед опитаних), а вживання міцних алкогольних напоїв збільшує частоту інших патологій органів травлення.

Водночас, виявлено статистично значимий зв'язок ($\chi^2=69,449$; $p<0,0001$) між разовою дозою вживання алкоголю та наявністю певної гастроентерологічної патології.

За нашими даними, серед респондентів, які зазначили разову дозу вживання алкоголю до 50 мл найчастіше виявлялася виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки ($22,0 \pm 5,9\%$), серед тих, хто зазначив разову дозу від 50 до 100 мл алкоголю – гастрит ($40,0 \pm 5,2\%$), від 150 до 200 мл – панкреатит ($22,2 \pm 4,2\%$) та хронічний виразковий коліт ($14,1 \pm 3,5\%$). Холецистит ($20,5 \pm 6,1\%$) найчастіше зустрічався серед респондентів, які зазначили разову дозу вживання алкоголю від 200 до 250 мл, більші дози (від 250 мл), очікувано, асоціювалися з наявністю таких патологій як хронічний гепатит і цироз печінки (по $16,7 \pm 5,4\%$) та іншими патологіями органів травлення ($4,2 \pm 2,9\%$).

З метою вивчення впливу куріння на ризик розвитку патологій органів травлення серед респондентів було проведено їх розподіл за частотою окремих нозологій класу ХОТ серед курців ($36,6 \pm 1,9\%$) і некурців ($63,4 \pm 1,9\%$). Групи курців та некурців статистично значимо ($\chi^2=14,68$, $p=0,040$) відрізнялись за частками окремих захворювань органів травлення (рис. 5.6): курці демонстрували більшу частку випадків холециститу ($15,0 \pm 2,3\%$ проти $13,7 \pm 1,7\%$) і цирозу печінки ($10,2 \pm 2,0\%$ проти $8,1 \pm 1,3\%$), та майже втричі більшу частку хронічного

виразкового коліту ($8,5 \pm 1,8\%$ проти $2,9 \pm 0,8\%$ у некурців). В літературі на основі мета-аналізу низки досліджень у різних країнах світу є доведені дані щодо кореляції куріння і розвитку хронічного виразкового коліту [179, 180].

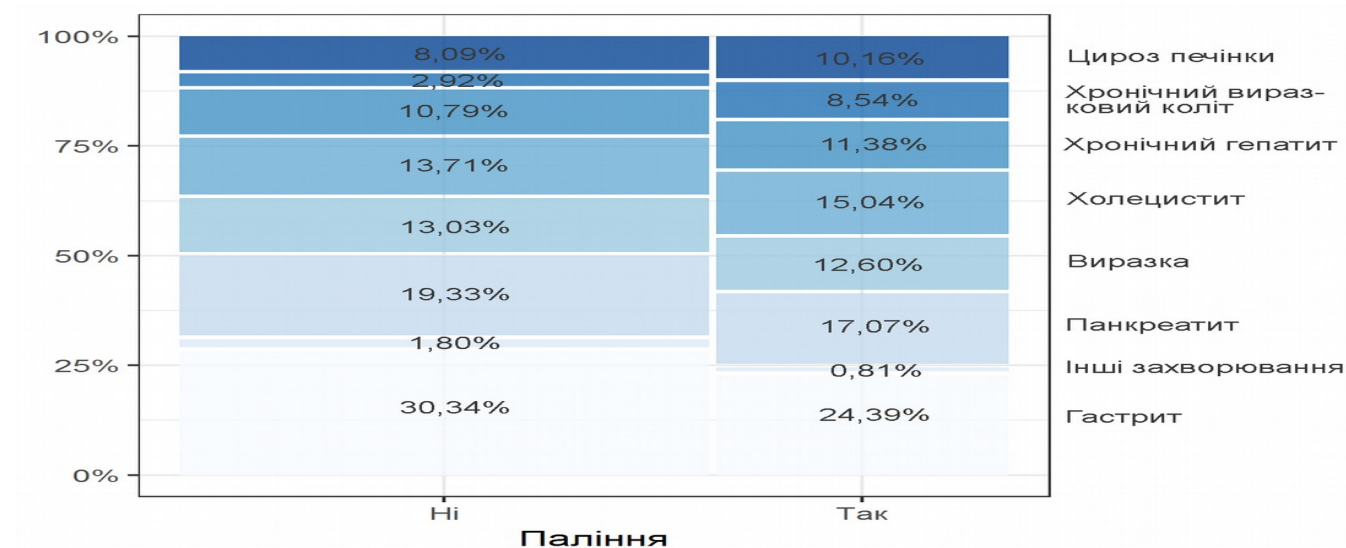


Рис. 5.6. Нозологічна структура гастроентерологічної захворюваності залежно від куріння

Однак, менша частка гастритів, панкреатитів, виразки шлунку і дванадцятипалої кишки серед курців, навіть, попри поширене уявлення щодо впливу куріння на їх розвиток (через порушення циркуляції крові внаслідок хронічного звуження судин), скоріше доводить першочерговий вплив інших факторів на їх розвиток (зокрема харчування, психологічні чинники тощо). При цьому, інформація щодо частоти розподілу холециститу і цирозу печінки серед курців, на нашу думку, має бути врахована лікарями при виборі тактики лікування пацієнтів з даними патологіями.

В подальшому нами вивчався вплив систематичного вживання кави, який підтвердили $75,1 \pm 1,7\%$ респондентів, на можливий розвиток патологій органів травлення. Систематичне вживання кави (рис. 5.7) виявилось асоційованим із більшою частотою випадків серед респондентів гастриту ($29,4 \pm 2,1\%$ проти $24,7 \pm 3,4\%$), панкреатиту ($19,4 \pm 1,8\%$ проти $15,3 \pm 2,8\%$), виразки шлунку і 12 – палої кишки ($13,9 \pm 1,6\%$ проти $10,0 \pm 2,4\%$), холециститу ($14,8 \pm 1,6\%$ проти $12,4 \pm 2,6\%$) та інших гастроентерологічних захворювань ($1,7 \pm 0,6\%$ проти

0,6±0,6%), однак майже вдвічі меншою часткою цирозів печінки (7,1±1,2% проти 14,1±2,7%), у 2,5 раза меншою часткою хронічних виразкових колітів (3,9±0,9% проти 8,2±2,1%) та у 1,5 рази меншою часткою хронічних гепатитів (9,8±1,3% проти 14,7±2,8%) ($\chi^2=20,27$, $p=0,005$).

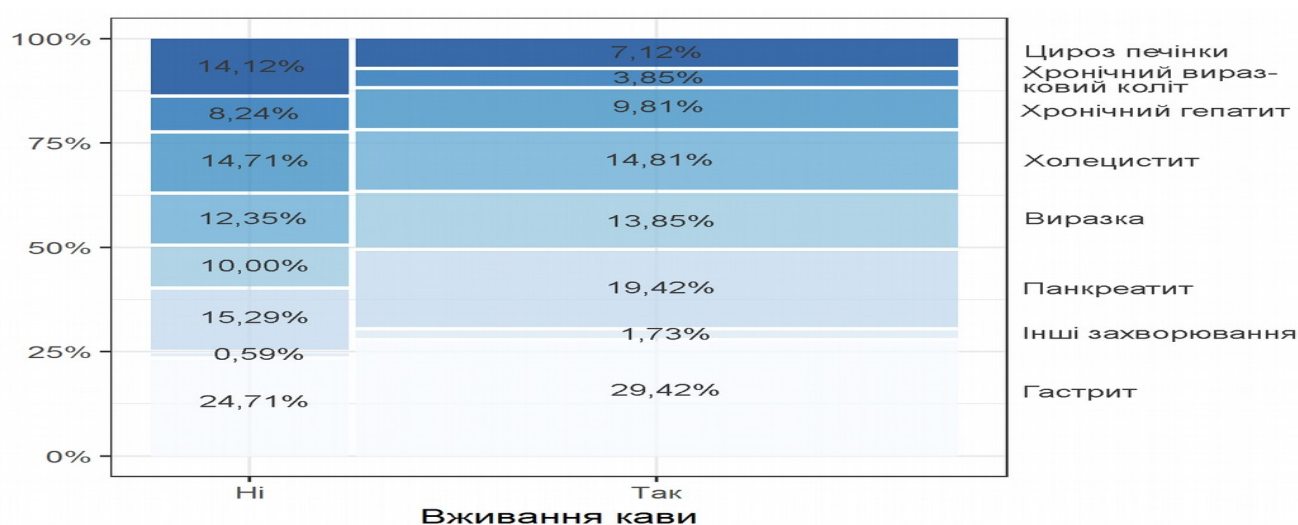


Рис. 5.7. Нозологічна структура гастроентерологічної захворюваності залежно від вживання кави.

Таким чином, враховуючи, що середня кількість випитої кави респондентами становить майже три чашки на добу, слід констатувати її можливий негативний вплив на ризик розвитку патологій органів травлення, зокрема для яких характерно ураження верхніх відділів ШКТ.

Можливий вплив індексу маси тіла (ІМТ) на структуру гастроентерологічної захворюваності вивчали за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу. Отримані результати (рис. 5.8) дозволяють стверджувати про зв'язок ($F=3,62$, $p=0,00077$) між індексом маси тіла та ризиком розвитку ХОТ серед респондентів: вища маса тіла асоціювалась із більшою частотою окремих гастроентерологічних захворювань, зокрема хвороб печінки. Так, додатковий post-hoc аналіз методом

Тьюкі (множинні порівняння між всіма групами нозологій) виявив вищі значення ІМТ у хворих на хронічний гепатит та нижчі значення ІМТ у хворих на гастрит. Саме відмінність між цими двома групами за критерієм Тьюкі досягла найнижчого значення р-величини $p=0,00014$.

Тому, пацієнти з високими значеннями ІМТ (ожирінням різного ступеня) потребують особливої тактики ведення для профілактики виникнення ХОТ та їх ускладнень, зокрема хронічного гепатиту.

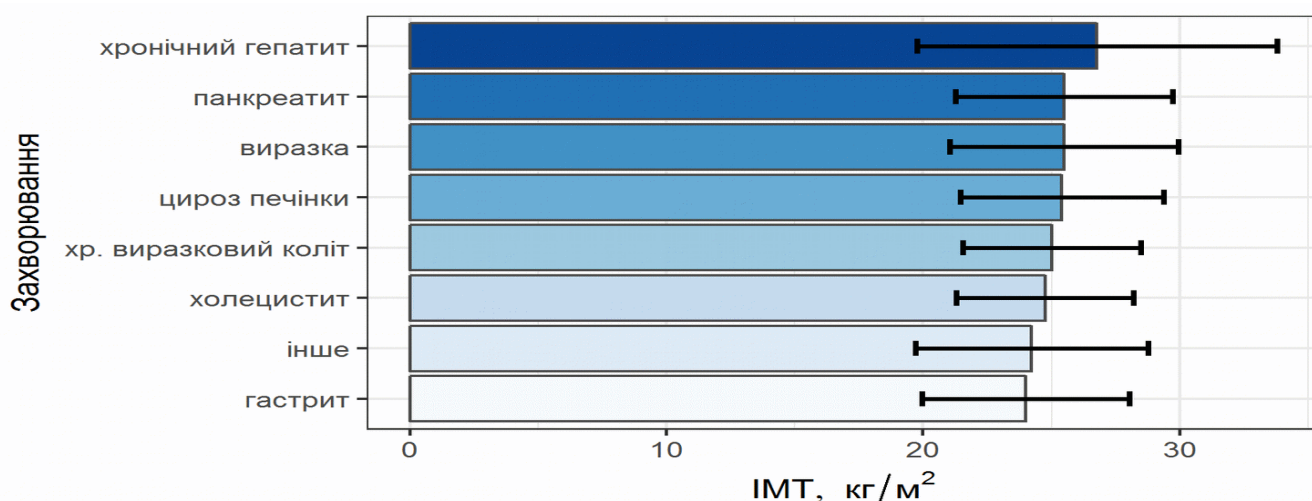


Рис. 5.8. Нозологічна структура гастроентерологічної захворюваності залежно від ІМТ

Попри те, що причини ожиріння можуть бути різними (аліментарний фактор, вплив супутньої патології, зокрема гормональних порушень, психологічні чинники, гіподинамія тощо), вплив його на розвиток патологій печінки є доведеним [158-164]. Зокрема аліментарне ожиріння є фактором ризику розвитку стеатогепатиту (діабетичного, неалкогольного) внаслідок вживання високоглікемічних продуктів харчування, які порушують обмін ліпідів (посилений метаболізм вищих жирних кислот у печінці є причиною оксидативного стресу, посилюючи вироблення прозапальних цитокінів та сприяючи виникненню фіброзно – дистрофічних змін печінки).

Дослідження асоціації харчових переваг респондентів із типологією гастроентерологічної захворюваності дозволило виділити топ – 20 продуктів

харчування (додаток В–4), частота вживання яких, за результатами проведеного анкетування, збільшує або зменшує захворюваність на окремі види нозологій класу ХОТ (відносно інших гастроентерологічних нозологій).

Враховуючи, що респонденти надавали відповіді відносно переваг серед запропонованих нами 104 продуктів харчування, а варіанти відповідей були обмежені значеннями порядкової шкали "ніколи або дуже рідко", "тільки в сезон", "1-2 рази на місяць", "1-2 рази на тиждень", "щодня або дуже часто", для аналізу зв'язку між такими порядковими ознаками та структурою гастроентерологічної захворюваності створювали відповідну модель порядкової логістичної регресії за допомогою спеціалізованого функціонального пакету ordinal [165]. Для обчислення статистичної значимості (р-величини) отриманої моделі застосовували критерій співвідношення правдоподібностей. Зв'язок між частотою вживання певного продукту і структурою гастроентерологічної захворюваності вважали статистично значимим, якщо р-величина була меншою певного «рівня α », який встановлювали методом контролю частки хибних відкриттів за Бенджаміні-Хохбергом [166]. З метою наочності представлення таблиці, досягнуті рівні значущості зображали у вигляді десяткового дробу помноженого на 10 у певній величині від'ємної степені (наприклад, $1,2 \times 10^{-5}$ замість 0,000012).

На основі проведеного аналізу виявлено, що найбільшим є вплив вживання жиру свинного на структуру захворюваності на окремі патології органів травлення. В залежності від частоти вживання даного продукту харчування змінюється й частота окремих нозологій класу ХОТ (рис. 5.9).

Так, вживання жиру свинного щодня або дуже часто асоціювалось із наявністю серед респондентів панкреатиту ($18,4 \pm 2,3\%$) та холециститу ($17,4 \pm 2,3\%$). При цьому частота його виявилась більшою в порівнянні з тими, хто не вживав його майже ніколи ($15,9 \pm 2,8\%$ та $12,6 \pm 2,6\%$). Водночас, наявність цирозу печінки серед любителів даного продукту виявилась більш, ніж вдвічі більшою в порівнянні з тими, хто не вживав його майже ніколи ($16,0 \pm 2,2\%$ проти $7,1 \pm 2,0\%$). Подібною є картина й щодо хронічних гепатитів ($13,0 \pm 2,0\%$ проти $7,7 \pm 2,1\%$). Ще більш значною є відмінність щодо хронічного виразкового коліту –

переважання серед любителів жиру свинного сягає 8,5 раза. Виразка шлунку та 12 – палої кишки зустрічалась в порівнюваних групах майже в однаковій кількості, з деяким переважанням серед тих, хто вживав жир свинний часто або щодня ($14,0 \pm 2,1\%$ проти $10,4 \pm 2,4\%$). Натомість серед респондентів, які вживали даний продукт дуже рідко або ніколи значно більшою виявилась частота гастритів (у 2,7 раза).

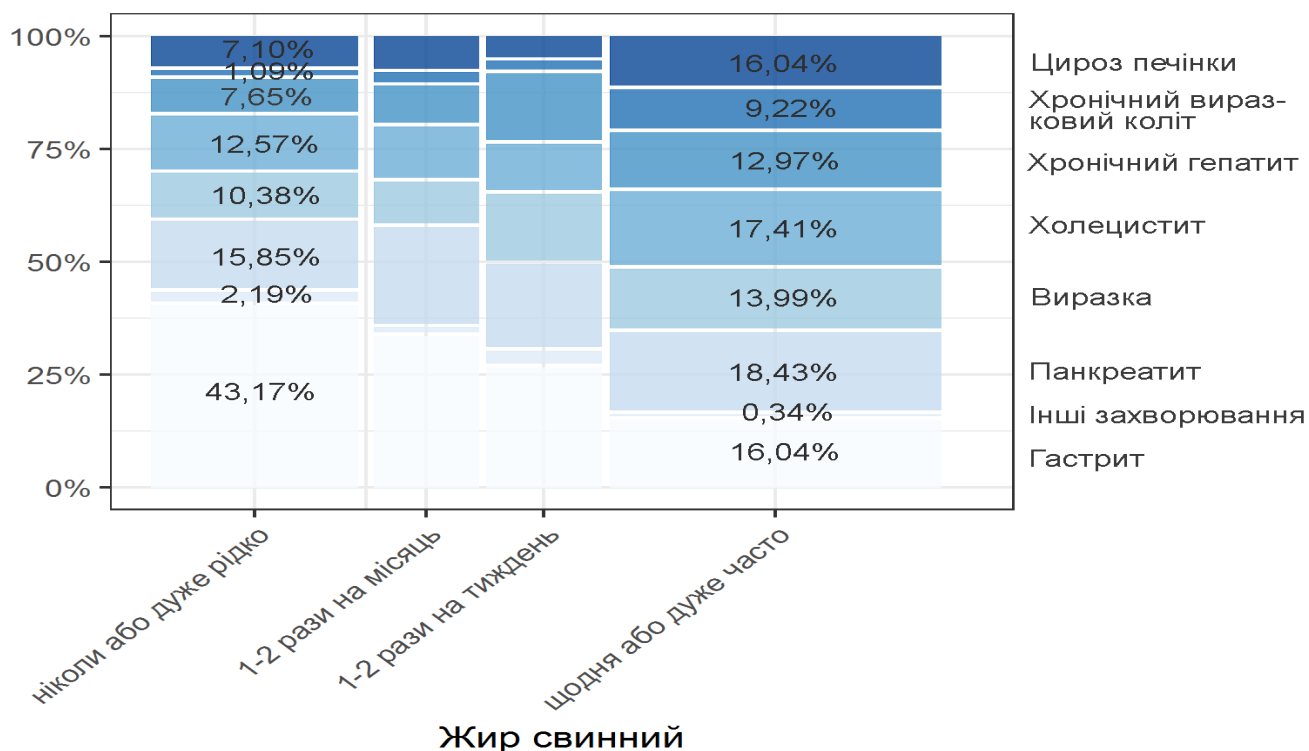


Рис. 5.9. Структура гастроентерологічної патології залежно від частоти вживання жиру свинного

Серед представлених у переліку топ – 20 продуктів харчування достовірно найбільшим виявився вплив також крупи кукурудзяної та вівсяної, маргарину, свинини, спреду, огірків, броколі та капусти цвітної.

Таким чином вважаємо, що вищевказаний перелік продуктів потребує особливої уваги при складанні дієт для пацієнтів з ХОТ з огляду на те, що конкретна частота їх вживання достовірно впливає на ризик розвитку певної патології класу ХОТ або здатна запобігти їм.

З метою прогнозування гастроентерологічних захворювань на основі харчових переваг респондентів було створено прогностичні моделі з

використанням алгоритму Random Forest. За своєю суттю цей алгоритм здійснює побудову ансамблю дерев рішень, кожне з яких будується на випадковій навчальній вибірці із повного масиву даних і є недосконалим, однак усереднення "голосів" ансамблю таких дерев рішень дає точні результати [167]. Точність прогнозу моделі та каппа Кохена вимірювались лише на тих випадках, які не увійшли до навчальних вибірок (out-of-bag cases).

Характеристики розроблених моделей виявились наступні:

1) На основі мультиноміальної класифікаційної моделі, яка здатна розрізняти всі досліджувані види гастроентерологічних захворювань виявлено, що кращим предиктором є свинина (точність 25,6 %, каппа Кохена $\kappa=0,057$). Тобто, найбільший вплив на формування структури захворюваності ХОТ серед зазначених респондентами продуктів харчування мала свинина (в залежності від частоти її вживання).

2) На основі класифікаційної моделі гастриту та виразки (прогнозує наявність гастриту або виразки, усі інші захворювання об'єднані в спільний клас "інші") кращим предиктором визначено жир свинний (точність 56,9%, каппа Кохена $\kappa=0,059$). Тобто, чим частішим було його вживання, тим меншою була частка гастриту та виразки шлунку і 12 – палої кишки в структурі захворюваності на ХОТ.

3) На основі класифікаційної моделі панкреатиту (прогнозує наявність панкреатиту, усі інші захворювання об'єднані в спільний клас "інші") кращим предиктором визначено ківі (точність 79,2%, каппа Кохена $\kappa=0,001$). Часте вживання ківі призводило до збільшення частки панкреатиту в структурі захворюваності.

4) Класифікаційна модель холециститу, яка прогнозує наявність холециститу (модель не має жодних переваг порівняно із випадковим вгадуванням) кращим предиктором визначено полуниці (точність 84,9%, каппа Кохена $\kappa=0$): серед осіб, що вживали полуниці 1-2 рази на тиждень, частка випадків холециститу виявилась більш, ніж вдвічі вищою в порівнянні з групами респондентів, що вживали її з іншою частотою.

Однак, усі отримані моделі мають занадто низькі показники точності прогнозування та каппа Кохена (має бути більше 0,2), що не дає достовірних даних. Це свідчить про те, що харчові преференції не є ключовим чинником розвитку ХОТ серед респондентів. Включення до переліку предикторів додаткових ознак (вік, стать, зона проживання, ІМТ, населений пункт, вживання алкоголю, паління, часте вживання кави), отриманих в результаті анкетування, не призводить до покращення прогностичної здатності мультиноміальних моделей.

З метою виявлення прихованих факторів / чинників ризику розвитку патологій класу ХОТ нами проведено поглиблений статистичний аналіз із включенням додаткових методів оцінки даних.

Так, факторний аналіз із похилим обертанням факторів (oblique rotation) виділив два ключові фактори, які разом охоплюють 28,9% варіабельності у патернах вживання харчових продуктів. Такий відсоток варіабельності означає, що сукупність харчових вподобань опитаних людей не має чіткої факторної структури (уподобання розподілені різноманітно). Враховуючи продукти, які надають факторам додатних та від'ємних значень (табл. 5.5), можна припустити, що фактор 1 розрізняє людей на осі «любителі овочів – любителі морської їжі», а фактор 2 – на осі «мисливці і рибалки – споживачі готової продукції». Між вказаними двома факторами існує додатна кореляція $r=0,26$.

Таблиця 5.5

Продукти харчування, що мають найбільшу частку у формуванні найсильніших двох факторів

Значення фактора	Фактор 1	Фактор 2
Додатні значення фактора	Крупа кукурудзяна, помідори, морква, огірки, редис, капуста цвітна	Креветки, раки, дика птиця, дичина, інжир, щука
Від'ємні значення фактора	Креветки, морські водорості, гриби, ікра, раки, форель	Олія соняшникова, картопля, хліб пшеничний, морква, цибуля, масло вершкове

Це дозволило зробити розподіл респондентів на дві групи за вподобаннями щодо харчових продуктів, причому, додатні значення характеризують надання переваги певним продуктам, а від'ємні – меншу прихильність або виключення

продуктів з раціону. Таким чином, любителі овочів в меншій мірі надавали перевагу морепродуктам і навпаки, як і респонденти другої групи (любители морепродуктів і дичини в меншій мірі надавали перевагу готовій магазинній продукції). На нашу думку, факторний аналіз є підтвердженням не стільки характерного розподілу респондентів за вподобаннями щодо певних продуктів харчування, скільки доводить вплив соціально – економічних факторів на стиль і якість харчування серед опитаних. Оскільки люди, які можуть дозволити собі часте або щоденне вживання ікри, креветок, екзотичних фруктів і дичини менше будуть споживати більш дешеву продукцію, таку як спред, маргарин, каші тощо.

Кореляційний аналіз патернів харчування методом поліхорної кореляції, дозволив виділити пари продуктів харчування, вживання яких сильно співпадає, тобто, якщо частіше вживається один продукт, то частіше буде вживатись відповідна йому пара (додаток В–5). Так, основними парами виявились: помідори – огірки, раки – креветки, дичина – дика птиця, абрикоси – персики, крупа гречана – крупа вівсяна, тріска – судак, кольрабі – зеллер, сом – щука, груші – виноград, олія льняна – олія кукурудзяна, апельсини – мандарини, маргарин – спред, броколі – цвітна капуста, раки – ікра, креветки – ікра.

Кластерний аналіз результатів опитування респондентів із певним захворюванням класу ХОТ щодо споживання харчових продуктів проводили методом класифікації навколо медоїдів (додаток В–6). Оптимальну кількість кластерів підбирали у діапазоні від 1 до 15, критерієм вибору кількості кластерів слугувала середня ширина силуетів отриманих кластерів. В результаті, найбільшу середню ширину силуетів ($w=0,18$) спостерігали при кількості кластерів, рівній двом. Статистичну значимість переваги кластеризації над інтактною матрицею даних визначали за допомогою критерія Дуда-Харта [168]. Отримано результат $p<0,0001$, що підтверджує існування двох груп респондентів відповідно до харчових уподобань: кластери розділились переважно за такими продуктами, які одні люди практично не вживають (кластер №1), тоді як у других ці продукти містяться у щоденному раціоні (кластер №2).

Зацікавившись таким результатом, нами проведено порівняння розподілу осіб, що належать до різних кластерів, за віком, статтю, захворюванням, зоною проживання та ІМТ (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Розподіл осіб, що належать до різних кластерів за різними ознаками (середній вік, стать, патологія органів травлення, біогеохімічна зона, ІМТ)

Ознака	Кластер №1	Кластер №2	p-величина відмінності
Середній вік	42,99±14,94	50,26±13,90	$8,39 \times 10^{-11}$
Стать	Жінок: 61,7±2,5% Чоловіків: 38,3±2,5%	Жінок: 44,7±2,9% Чоловіків: 55,3±2,9%	$1,24 \times 10^{-5}$
Захворювання	Гастрит: 34,7±2,4% Інше: 2,6±0,8% Панкреатит: 20,8±2,1% Виразка: 11,3±1,6% Холецистит: 12,9±1,7% Хр. гепатит: 9,0±1,5% Хр. вираз. коліт: 1,3±0,6% Цироз печінки: 7,4±1,3%	Гастрит: 19,9±2,3% Інше: 0,0% Панкреатит: 15,6±2,1% Виразка: 14,9±2,0% Холецистит: 15,8±2,1% Хр. гепатит: 13,6±2,0% Хр. вираз. коліт: 9,6±1,7% Цироз печінки: 10,6±1,8%	$1,23 \times 10^{-9}$

Зона проживання	Гірська: 17,0±1,9% Передгірська: 39,1±2,5% Низинна: 43,9±2,5%	Гірська: 14,6±2,0% Передгірська: 43,4±2,9% Низинна: 42,0±2,8%	0,46
Середнє ІМТ	24,82±4,85	25,36±4,04	0,12

Пацієнти з різних кластерів, попри значні харчові розходження, не відрізняються за зоною проживання ($p=0,46$) та ІМТ ($p=0,12$), однак відрізняються за віком (у кластері №1 знаходяться молодші респонденти, $p=8,39 \times 10^{-11}$), статтю (у кластері №1 більша частка жінок, $p=1,24 \times 10^{-5}$) та структурою захворюваності (у кластері №1 більша частка випадків гастриту та панкреатиту, $p=1,23 \times 10^{-9}$).

Результати аналізу суб'єктивного сприйняття респондентами свого захворювання у взаємозв'язку з іншими факторами свідчить про низьку санітарну грамотність опитаних (тільки кожний четвертий респондент займається фізичними вправами, відводячи йому 7-8 днів у місяць, тільки кожний другий знає про вплив способу життя, харчування та стресу на стан здоров'я в цілому і на розвиток ХОТ). Було знайдено достовірний взаємозв'язок між частотою певного гастроентерологічного захворювання та характером харчування в дитинстві ($\chi^2=36,72$, $p=0,018$). При визнанні більшістю опитаних здоров'я головною життєвою цінністю, поступитись своїми звичками заради його покращення готовий тільки кожний другий респондент (табл. 5.7).

Таблиця 5.7

Розподіл респондентів за особистісними / життєвими цінностями

Рейтингове місце	1	2	3	4	5
Гроші	56(8,6±1,1%)	49(7,5±1,0%)	106 (16,3±1,4%)	140 (21,5±1,6%)	301 (46,2±2,0%)
Щастя	20(3,1±0,7%)	84(12,9±1,3%)	211(32,4±1,8%)	272 (41,7±1,9%)	65(10,0±1,2%)
Здоров'я	432(66,3±1,9%)	118(18,1±1,5%)	60 (9,2±1,1%)	27(4,1±0,8%)	15(2,3±0,6%)

Сім'я	113(17,3±1,5%)	355(54,4±2,0%)	93(14,3±1,4%)	66(10,1±1,2%)	25(3,8±0,8%)
Мир	28(4,3±0,8%)	45(6,9±1,0%)	182(27,9±1,8%)	144 (22,1±1,6%)	253 (38,8±1,9%)

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 5:

1. Аналіз вивчення розповсюдженості шкідливих звичок засвідчив значне їх поширення серед населення Закарпатської області: вживання алкогольних напоїв підтвердили в своїх відповідях 67,5±1,8% респондентів, куріння зазначили 36,6±1,9% опитаних, систематичне вживання кави – 75,1±1,7% респондентів. При цьому, виявлено достовірний зв'язок між наявністю шкідливої звички та ризиком розвитку ХОТ. Водночас, виявлено достовірний вплив наявності шкідливих звичок, переваг щодо споживання алкоголю певного виду й типу, а також біогеохімічною зоною проживання на структуру захворюваності на ХОТ серед респондентів.

2. Визначено, що основними соціально – економічними проблемами, які безпосередньо або опосередковано впливають на звернення з приводу наявного гастроентерологічного захворювання та отримання медичної допомоги серед населення є різна доступність медичної допомоги та зволікання зі зверненням за її отриманням.

3. Виявлено, що найбільш часто вживаною групою продуктів харчування серед респондентів були м'ясо та м'ясні продукти, а також молочні продукти, найменш вживаною – рибні продукти та овочі, фрукти й продукти лісу. Пори виявлений вплив частоти вживання певних харчових продуктів, зокрема домашнього виробництва, на розвиток патологій класу ХОТ, характер харчування не є ключовим фактором ризику виникнення окремих гастроентерологічних захворювань. Тому говорити про те, що обмежене вживання певних продуктів або їх надмірність у раціоні може призвести до виникнення патологій класу ХОТ вважаємо недоречним.

4. На основі результатів аналітичної статистики знайдено асоціації вживання деяких продуктів харчування з певними нозологічними формами ХОТ

(наприклад жир свинний є предиктором для гастриту та виразкової хвороби шлунку і 12 – палої кишки). Регресійна модель, хоч і не може бути використана для прогнозування розвитку ХОТ, в поєднанні з результатами кластерного та факторного аналізів дає можливість визначити та обґрунтувати основні рекомендації щодо вживання або обмеження певних продуктів харчування вже при наявному захворюванні для запобігання їх загострень та ускладнень.

5. Вивчення думки пацієнтів щодо можливого зв'язку раціону харчування і способу життя та розвитком патологій органів травлення дає підстави стверджувати про низьку обізнаність респондентів щодо окремих факторів ризику розвитку ХОТ, а неготовність більшості респондентів поступитись певними звичками заради покращення стану здоров'я має стати поштовхом до цілеспрямованої інформаційно – просвітницької роботи з населенням у цьому напрямку.

6. Аналіз результатів соціологічного опитування дозволив виділити ключові фактори ризику розвитку ХОТ та виокремити найбільш значні предиктори серед продуктів харчування, що може слугувати орієнтовним алгоритмом статистичних обчислень при вивченні впливу характеру харчування на інші групи захворювань у подібних дослідженнях та використовуватись при розробці рекомендацій для населення з наявністю гастроентерологічної патології і певних проблем з процесами травлення.

Список особистих робіт за темою розділу: [20,21].

Розділ 6

МЕДИКО – СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО – ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ЗМЕНШЕННЯ ВТРАТ В РЕЗУЛЬТАТІ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

6.1 Аналіз надання гастроентерологічної допомоги населенню Закарпатській області

Проведено комплексний аналіз системи надання гастроентерологічної допомоги населенню Закарпатської області за 2016 рік. Аналіз мережі, ресурсів і діяльності системи охорони здоров'я (СОЗ) в Закарпатській області показав, що станом на 1.01.17 р. на 1,256 тис. населення області припадало 656 ЗОЗ (плановою потужністю 26305 відвідувань за зміну / 209 на 10 тис. населення) та 4498 штатних посад лікарів різного фаху (4200,5 зайнятих, 4173 фізичних осіб) і 9330 середніх медпрацівників (8922,5 зайнятих). З них безпосередньо або опосередковано з проблемою ХОТ стикаються, насамперед, на первинному рівні фахівці центрів первинної медико – санітарної допомоги (13 ПМСД), 293 амбулаторії загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ) (більшість з яких на селі, міських – 41), 3 самостійні поліклініки (2 районні (РП) та 1 міська (МП)) і

285 фельдшерсько – акушерських пунктів (ФАП). На вторинному рівні – 5 центральних районних лікарень (ЦРЛ), 9 районних лікарень (РЛ), 9 міських лікарень і 1 дитяча лікарня, 9 дільничних лікарень. Також частині населення, що потребує ургентної допомоги медична допомога надається Закарпатським територіальним центром екстреної медичної допомоги (1 ЗТЦЕМД) та станціями швидкої медичної допомоги (СШМД) в окремих районах. На третинному рівні – заклади обласного значення, зокрема Закарпатська обласна клінічна лікарня (ЗОКЛ) ім. А. Новака, обласна дитяча лікарня (ОДЛ), обласний госпіталь ветеранів війни (ОГВВ), обласна клінічна інфекційна лікарня (ОКІЛ), частині пацієнтів з онкопатологією органів травлення – Закарпатський обласний онкологічний диспансер (ЗООД). Переважно просвітницькою діяльністю щодо збереження здоров'я та впливу факторів ризику на його стан займається Обласний центр здоров'я (ОЦЗ), аналізом показників здоров'я – Закарпатський обласний медичний інформаційно – аналітичний центр (ОМІАЦ) та Державна служба статистики в Закарпатській області (додаток Г–1).

Як видно з представлених результатів, забезпеченість ЗОЗ, які прямо чи опосередковано стикаються з проблемою ХОГ різниться в залежності від біогеохімічних зон Закарпатської області. Так, кількість ЗОЗ у низинній та передгірській зонах становить 4,47 на 10 тис. населення, натомість у гірській зоні 7,9 на 10 тис. населення. При цьому, забезпеченість закладами вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги, зокрема гастроентерологічної, становить у низинній зоні – 0,22 на 10 тис. населення, у передгірській – 0,25 на 10 тис. населення, у гірській – 0,47 на 10 тис. населення. Однак, всі ЗОЗ обласного значення з більш потужними лікувально – діагностичними можливостями сконцентровані переважно в низинній зоні Закарпатської області.

Ліжковий фонд ЗОЗ області (8129) більшою мірою представлений ліжками загальнотерапевтичного профілю (1037) та 154 гастроентерологічними для дорослих, з більшою потужністю в низинній та передгірській зонах (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Ліжковий фонд системи МОЗ України в різних біогеохімічних зонах Закарпатської області (2016 р.)

Найменування	Область	Біогеохімічна зона			Заклади обласного підпорядкування
		Низинна	Передгірська	Гірська	
Всього	8288	2453	2010	807	3018
Загальнотерапевтичні	1037	380	353	228	76
Гастроентерологічні	154	68	42	0	44
Хірургічні	1267	450	358	171	288
Проктологічні	27	10	2	0	15
Гнійної хірургії	140	64	61	0	15
Онкологічні	235	44	4	0	187
Інфекційні	393	94	105	37	157
Дитячі неінфекційні	1050	313	189	115	433

Щодо ліжкового фонду: в Мукачівському районі показник забезпеченості ліжками є вищим за середньо обласний, а план ліжок на 2016 рік продовж останніх років не виконується (2010 р. – 80,6 %; 2013 р. – 55,2 %; 2015 р. – 68,1 %). В м. Ужгород цей показник також перевищує середньо обласний, таким чином утримуючи надмірну кількість спеціалізованих ліжок.

Стационарна допомога гастроентерологічним хворим надається на 154 спеціалізованих ліжках, більше третини з яких (44) знаходяться в ЗОКЛ ім. Андрія Новака (м. Ужгород).

Середньообласний показник забезпеченості ліжками становить 1,5 на 10 тис. населення (2010 р. – 2,3; 2013 р. – 1,9; 2015 р. – 1,5; по Україні – 0,78 за 2015 рік). У більшості районів гастроентерологічні ліжка виділені в загальнотерапевтичних відділеннях, а медична допомога частіше надається не гастроентерологами, а терапевтами. Найвищим цей показник із року в рік залишається в Мукачівському районі (2,4 на 10 тис. дорослого населення) та м. Ужгород – 3,1 на 10 тис. дорослого населення.

Зменшення цього показника, на нашу думку, пов'язано з перепрофілізацією гастроентерологічних ліжок у загально – терапевтичних відділеннях, що є абсолютно обґрунтованим кроком, з урахуванням того, що діагностично ці ліжка

не різняться від загально – терапевтичних. Тому, перепрофілювання вузькоспеціалізованих ліжок у загальнотерапевтичні збільшить доступність до стаціонарної медичної допомоги хворих із терапевтичною патологією, незалежно від профілю хронічного неінфекційного захворювання, якою страждає пацієнт, зокрема і з патологіями класу ХОТ.

Однак, традиційне уявлення стосовно того, що проблемами ХОТ повинні опікуватись переважно працівники гастроентерологічної служби (ГС) є хибним. На нашу думку, досягнення покращення здоров'я і зниження втрат життя через цю патологію має бути діяльністю як практичних медичних працівників первинної, вторинної і третинної ланки, так і фахівців громадського здоров'я у тісній міжсекторальній співпраці з іншими зацікавленими учасниками.

Спеціалізована медична допомога хворим гастроентерологічного профілю надається 28 лікарями, 18 з яких мають вищу кваліфікаційну категорію по гастроентерології, 3 – першу, 1 – другу, гастроентеролог Воловецького та Міжгірського районів мають вищу категорію по терапії, 3 лікарі без категорії (не підлягають атестації, але мають курси спеціалізації по гастроентерології – Ужгородський і Тячівський райони). Згідно штатного розпису зайнято 24,25 ставок.

Показник забезпеченості лікарями по області за 2016 рік становить 0,24 на 10 тис. дорослого населення (2010 р. – 0,28; 2013 р. – 0,27; 2015 р. – 0,24; по Україні – 0,19 за 2015 р. із розрахунку на 10 тис. дорослого населення). Цей показник по Україні залишається практично стабільним і відповідає середнім показникам більшості країн Європи, чим пояснюється тенденція до зниження цього показника в Закарпатській області, а також реформуванням медичної сфери.

Середньообласний показник захворюваності по класу ХОТ за Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ - 10) становить 37,2 на 10 тис. дорослого населення (2010 р. – 50,6; 2013 р. – 44,5; 2015 р. – 37,3; по Україні – 22,5 за 2015 р. із розрахунку на 10 тис. дорослого населення) і коливається від найвищого у Хустському районі (75,1 на 10 тис. дорослого населення) до

найнижчого в м. Ужгород – 16,9 на 10 тис. дорослого населення. Така вражаюча розбіжність по районах Закарпатської області може опосередковано вказувати на недотримання стандартизованого підходу до діагностичних процесів у гастроентерології або неправильні статистичні розрахунки.

На 65,3% більший показник гастроентерологічної захворюваності в Закарпатській області, ніж в Україні свідчить про покращення виявлення захворювань органів травлення у населення області з одної сторони і про погіршення здоров'я населення або про гіпердіагностику ХОТ. Упродовж останніх років районним гастроентерологам неодноразово надавались рекомендації стосовно необхідності дотримання регламентуючих наказів МОЗ України № 271 від 13.06.2005 року «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «гастроентерологія»», доопрацьовані в листопаді 2014 р., серпні 2015 р. та липні 2016 року. Однак, цей напрямок роботи з боку районних гастроентерологів абсолютно не експортується, свідченням чого можуть служити, на нашу думку, показники роботи гастроентерологічної служби районних гастроентерологів. Так, як свідчить аналіз статистичних показників по критеріям оцінки роботи гастроентерологічної служби згідно звітів районних гастроентерологів, то відсоток проведених фіброгастродуоденоскопій (ФГДС) по захворюванню шлунку та цибулини 12 – палої кишки складає 40,9 %, в той час як діагностика хелікобактерної інфекції взагалі є критично низькою, і складає всього 4,9 % (додаток Г–2).

Тому, на нашу думку, показники захворюваності на ХОТ в області є завищеними, а в деяких районах (зокрема низинної зони) неконтрольованими районними гастроентерологами. Слід зазначити також, що дані середньообласні та по районах показники є найвищими по Україні та перевищують значення відповідних у інших областях нашої країни майже вдвічі.

Середньообласний показник поширеності ХОТ за МКХ – 10 становить 181,2 на 10 тис. дорослого населення в 2016 р. (2010 р. – 223,2; 2013 р. – 208,5; 2015 р. – 185,0; по Україні – 181,4 за 2015 р. на 10 тис. дорослого населення). рівень поширеності коливається від найвищого в м. Ужгород – 229,0 на 10 тис. дорослого

населення до найнижчого в Міжгірському районі – 110,0 на 10 тис. дорослого населення. при цьому, найбільш поширеними як по області в цілому, так і по районам є хвороби шлунку і 12 – палої кишки, жовчовивідної системи та печінки.

Складним питанням, зокрема професійно не вирішеним, в гастроентерологічній службі залишається верифікація та реєстрація таких захворювань, як гастро – езофагеальна хвороба, шлункова диспепсія та синдром подразненого кишечника. Вказані нозології поглиблено монітуються МОЗ України на протязі останніх років, оскільки статистичні показники цих захворювань по Україні не відповідають аналогічним в інших країнах, на чому неодноразово наголошувала головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – зав. кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Шупика, член – кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор Н.В. Харченко.

Водночас, показник поширеності ХОТ, зокрема хронічних гепатитів і цирозів печінки, в розрізі України і в порівнянні з іншими областями є одним з найвищих і входить у трійку лідерів. Це вказує на нагальну потребу поглибленого експертного вивчення цієї ланки роботи гастроентерологів та лікарів ПМД. Так, показник поширеності цирозів печінки в Закарпатській області становить 1,9 на 10 тис. дорослого населення (Україна – 1,3 на 10 тис. дорослого населення в 2015 р.), хронічних гепатитів – 19,0 на 10 тис. дорослого населення (Україна – 9,7 на 10 тис. дорослого населення).

Зрозуміло, що медичне та соціальне значення гепатитів зумовлене його значним поширенням, прогресивним зростанням захворюваності, різноманітністю клінічних проявів, високою ймовірністю формування цирозів печінки та позапечінкових уражень, однак, в Закарпатській області актуальною залишається проблема дотримання діагностичних стандартів при постановці діагнозів. Адже, можливості їх дотримання щодо вказаних нозологій не виконуються у повному обсязі в більшості районів області. Так, об'єм виконання обов'язкових діагностичних рекомендацій становить лише 51 %, при цьому, максимальний відсоток виконаних діагностичних процедур забезпечується приватними

медичними лабораторіями (66%) і тільки 17% безпосередньо лабораторіями у ЗОЗ другого рівня.

Щодо лікування згаданих патологій, цей напрямок роботи потребує подальшого планомірного покращення, оскільки лікування цирозу печінки та гострих вірусних гепатитів безкоштовно в повному обсязі забезпечується наразі виключно ЗОЗ третього рівня, а вже лікування хронічних гепатитів є набагато більш проблематичним питанням. Прийняття Державної Програми дозволяє забезпечити проведення противірусної терапії для хворих на вірусні гепатити В і С, удосконалити систему лабораторного контролю, забезпечити належну якість діагностики та лікування хворих із цією патологією. Реалізація цих заходів у Закарпатській області здійснюється на базі ОКІЛ, де згідно з Наказом управління охорони здоров'я від 05 січня 2015 року за № 01-0 створена комісія щодо призначення лікування пацієнтам хворим на хронічні гепатити В і С. Комісія здійснює відбір таких пацієнтів із числа хворих, які внесені до реєстру хворих ОКІЛ та потребують першочергового призначення специфічного патогенетичного противірусного лікування та пройшли попереднє стаціонарне обстеження на базі гастроентерологічного відділення ОКЛ та на базі ОКІЛ.

Провівши аналіз показників захворюваності, поширеності ХОТ та диспансерної групи хворих слід відзначити, що рівень диспансерного спостереження за гастроентерологічними хворими не відповідає сучасним вимогам, а співпраця гастроентерологів з лікарями ПМСД є недостатньою. Так, на початок 2016 року на «Д» обліку перебувало 130225 хворих із захворюваннями органів травлення, що становить 134,9 на 10 тис. дорослого населення (2010 р. – 161,9; 2013 р. – 145,5; 2015 р. – 134,6 із розрахунку на 10 тис. дорослого населення).

Хоч, починаючи з 2010 року гастроентерологічна служба (ГЕС) намагається привести свою роботу у відповідність до вимог наказу МОЗ України від 28.12.2009 року № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю», де чітко вказані обсяги та комплекси діагностичних обстежень, лікувально – профілактичних заходів та диспансерного

спостереження за хворими гастроентерологічного профілю, ця робота не є налагодженою. Про це свідчить відсутність планомірного направлення хворих на хронічні гепати В і С та з групи «Д» на попереднє обстеження в ОКІЛ та для комісійного відбору хворих на призначення специфічного противірусного лікування дорослим, що в свою чергу, унеможлиблює формування реєстру пацієнтів, які потребують специфічного противірусного лікування із визначенням першочерговості. Окрім того, відсутній реєстр хворих в частині формування районного / міського реєстру хворих на вірусні гепатити В, С і D, що є перешкодою у раціональному плануванні кошторису витрат щодо забезпечення лікування хворих на дані патології лікарськими засобами, закуплених за кошти обласного та державного бюджетів та раціонального використання цих лікарських засобів. Водночас, попри затверджені і впроваджені Накази Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, зокрема від 21.06.2016 р. № 613 «Про затвердження та впровадження медико – технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті В», станом на кінець року так і не були здані сформовані районні \ міські реєстри хворих на хронічні вірусні гепатити В, С і D по м. Ужгород та Воловецькому району.

Ще одним із важливих показників діяльності ГЕС є показники смертності. За 2016 рік в області від ХОТ померло 758 чоловік, що становить 7,8 % від загальної смертності (2010 р. – 713 чол., 2013 р. – 698 чол., 2015 р. – 780 чол.). При цьому, порівняння цих даних в динаміці буде недоречним, поза як м. Ужгород в минулих роках не подавало статистичні дані по смертності від патологій даного класу.

Найвищими серед районів Закарпатської області були показники смертності від ХОТ у 2016 р. у Виноградівському районі – 12,4 на 10 тис. дорослого населення, Свалявському – 10,7 на 10 тис. дорослого населення, Берегівському – 10,4 на 10 тис. дорослого населення, Перечинському – 8,7 на 10 тис. дорослого населення та Воловецькому районі – 8,5 на 10 тис. дорослого населення, при середньому по області 7,8 на 10 тис. дорослого населення. При цьому, слід

виділити Виноградівський та Воловецький райони, в яких показник смертності від ХОТ за 2016 рік зріс найсуттєвіше (з 8,2 та 6,9 на 10 тис. дорослого населення).

Показник питомої ваги смертності від ХОТ в загальній структурі причин смертності в окремих районах Закарпаття коливається від 4,1 % до 8,7 %, при цьому, найвищим він виявився в Перечинському районі, а найнижчим – у Тячівському.

В структурі смертності найбільше хворих померло від хвороб печінки – 380 чол. (49,8%), підшлункової залози – 180 чол. (23,6%). При цьому, показник смертності від цирозів печінки становить 3,9 % і коливається від найвищого у Виноградівському районі (6,4%) до найнижчого у Хустському районі – 2,4 %, а від панкреонекрозів – у Виноградівському районі (2,8%), у Воловецькому – 0,5% (при середньообласному 1,8%).

За даними оцінки первинної документації жоден з хворих, де причиною смерті встановлений панкреонекроз на диспансерному обліку у гастроентеролога не перебував, а що стосується цирозу печінки, то тільки 52,6% з померлих спостерігались у гастроентеролога з приводу даного захворювання. Така ситуація, на нашу думку, доводить про недостатній рівень диспансеризації та про недостатні знання критеріїв діагностики цих захворювань, зокрема на рівні окремих районів Закарпатської області.

Слід також наголосити на значному коливанні показника летальності в області (1,2 на 10 тис. дорослого населення): від 17,7 на 10 тис. дорослого населення в Берегівському районі до 1,1 на 10 тис. дорослого населення в м. Ужгород.

Щодо використання потенціалу гастроентерологічних ліжок відповідно до потреб районів, в ЗОКЛ ім. Андрія Новака стаціонарна допомога надається на 44 ліжках. Такі райони як Ужгородський, Свалявський, Воловецький, В. Березнянський, Іршавський та Перечинський використовують наявні в себе ліжка в повному об'ємі. Однак, такі райони як Виноградівський (відсоток виконання становить 70,8%), Берегівський (57,9%) та Мукачівський (42,6%) використовують їх недостатньо. Таким чином, хотілося б акцентувати увагу на доцільності

направлення хворих гастроентерологічного профілю в ЗОКЛ ім. Андрія Новака при адекватному відборі їх на рівні ЦРЛ. Адже, з деяких районів Закарпаття хворі поступають у вкрай важкому стані. При цьому, через те що такі пацієнти лікуються тривалий час на рівні ЦРЛ, часто без позитивного ефекту, важкий стан хворого при госпіталізації у заклад третього рівня надання медичної допомоги не дозволяє провести відповідного дообстеження для верифікації діагнозу.

Не можна оминути питання онконастороженості та виявлення цих патологій саме на рівні ЗОКЛ. За 2016 рік у гастроентерологічному відділенні ЗОКЛ діагностовано 27 випадків онкопатології, 8 з яких виявились вкрай запущеними та передбачали вже тільки симптоматичне лікування. 19 пацієнтів було переведено в ЗОКОД та хірургічні відділення ЗОКЛ для проведення оперативного лікування. Також серед пацієнтів гастроентерологічного профілю при дообстеженні було виявлено 3 випадки туберкульозу. При цьому, в жодному із цих випадків у виписці із ЦРЛ не було відображено навіть підозри на вищевказану патологію.

Таким чином, аналіз системи надання гастроентерологічної допомоги в Закарпатській області виявив відсутність належного контролю з боку районних гастроентерологів за якістю надання медичної допомоги хворим на ХОТ та дотриманням вимог нині діючих стандартів і уніфікованих клінічних протоколів на первинному і вторинному рівнях, відсутність наступності у наданні медичної допомоги та належного документообігу щодо хворих із гастроентерологічною патологією між первинним, вторинним і третинним рівнями її надання, що потребує покращення з метою збереження і зміцнення здоров'я населення регіону.

6.2. Концептуальні підходи до створення функціонально - організаційної моделі зниження смертності від хвороб органів травлення та її характеристика на регіональному рівні

Погіршення стану здоров'я населення Закарпатської області, значні відмінності рівнів захворюваності та поширеності хвороб органів травлення (ХОТ) та зростання як реальних, так і потенційних демографічних втрат населення регіону в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ (в тому

числі і від окремих гастроентерологічних захворювань), що обумовлено різною доступністю населення до медичної допомоги, відсутністю скоординованих та недосконалістю існуючих заходів профілактики захворюваності та смертності від ХОТ, зокрема передчасної у віці до 65 років, та встановлені її медико-соціальні особливості стали підставою для наукового обґрунтування та розробки функціонально – організаційної моделі зниження смертності від ХОТ на регіональному рівні (рис. 6.1).

Об'єктом впливу у представленій моделі є стан здоров'я населення Закарпатської області, суб'єктом впливу – хворі на ХОТ.

Розробка моделі проводилась з виокремлення основних задач щодо впливу на об'єкт і суб'єкт, науковою базою яких стали показники втрачених років потенційного життя (ВРПЖ) внаслідок передчасної смертності від ХОТ населення

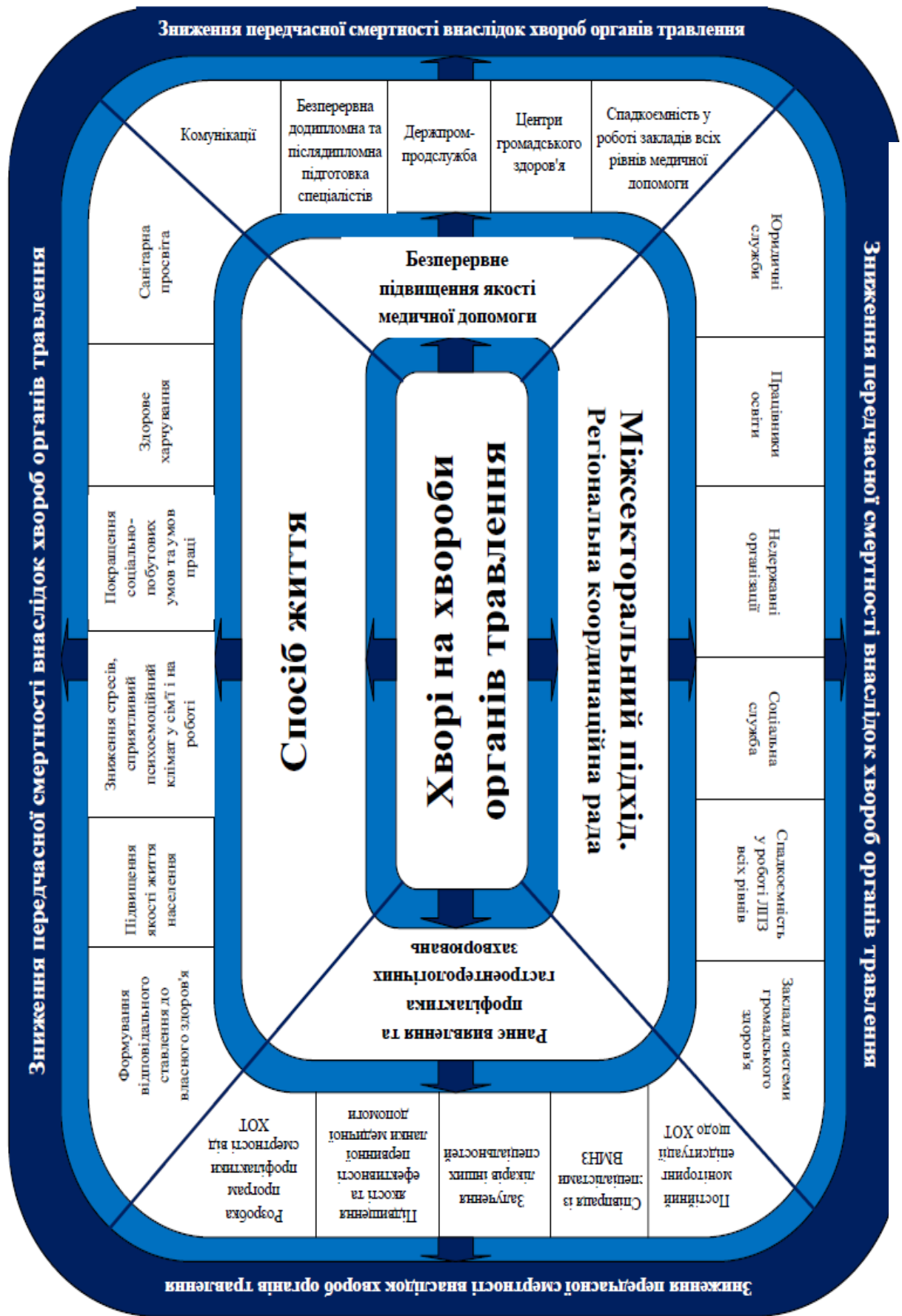


Рис. 6.1. Функціональна модель зниження передчасної смертності

віком 0 – 64 роки в Закарпатській області, зокрема в різних її біогеохімічних зонах, та встановлені чинники, що її формують: негативний вплив способу життя на стан здоров'я населення, вплив соціально – економічних факторів на ризик розвитку ХОТ та смертності від них, зокрема передчасної, різний доступ населення регіону до якісної медичної допомоги, незадовільний рівень організації профілактики та лікування гастроентерологічних захворювань в окремих районах області.

Центральним елементом запропонованої моделі виступає населення регіону з виділенням його цільової групи, до якої відносяться хворі на ХОТ.

Стратегічним напрямком моделі є зменшення медико – демографічних наслідків в результаті захворюваності населення на ХОТ.

Тактичним напрямком моделі є усунення нерівностей у сфері охорони здоров'я з мінімізацією негативного впливу способу життя і соціально – економічних детермінант при ХОТ.

Складовими моделі є три основних організаційних напрямків:

перший – підвищення рівня відповідальності населення за своє здоров'я шляхом забезпечення здорового способу життя, що досягається за рахунок підвищення комунікацій для більш високого рівня санітарної грамотності населення в рамках первинної медичної допомоги та системи громадського здоров'я;

другий – підвищення рівня профілактичної роботи, що можливо шляхом раннього виявлення та первинної, вторинної і третинної профілактики ХОТ із залученням медичних працівників різних спеціальностей, при розробці цільових профілактичних програм, комплексного моніторингу епідситуації та ефективності медичної допомоги хворим на ХОТ;

третій – міжсекторальний підхід, який в рамках виконання цільових профілактичних програм об'єднує під керівництвом координаційної ради діяльність наступних служб: соціальних, юридичних, освіти, громадського здоров'я, недержавних організацій та забезпечує наступність при наданні медичної допомоги 303 різних типів.

Обґрунтована та запропонована модель базується на існуючій системі надання медичної допомоги населенню, удосконаленої за рахунок функціонально – організаційної оптимізації її складових.

Додаткові кошти необхідні на закупівлю реактивів для діагностичних тестів хелікобактерної інфекції та скринінгу колоректального раку, для забезпечення моніторингу і оцінки епідеміологічної ситуації щодо ХОТ і підготовки комунікаційних матеріалів.

Блок наукового регулювання моделі включає комунікації, безперервну до- та післядипломну підготовку спеціалістів, впровадження сучасних медико – організаційних технологій з доведеною ефективністю, з використанням вітчизняного та міжнародного досвіду, із залученням у процес регіональних Центрів громадського здоров'я.

Основними принципами розробленої моделі стали єдність дій на всіх рівнях управління, міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності внаслідок ХОТ, безперервність і спадкоємність заходів профілактики на всіх етапах (первинна, вторинна, третинна) і рівнях здійснення, комплексність і системність, ефективний моніторинг епідеміологічної ситуації щодо ХОТ в регіоні.

На основі системного підходу, розроблено логічно – структурну схему реалізації запропонованої функціонально – організаційної моделі на базовому рівні, яка відображає основні задачі системи охорони здоров'я в напрямі організаційної взаємодії між суб'єктами та об'єктами моделі профілактики передчасної смертності внаслідок ХОТ (рис. 6.2).

Для адекватного функціонування моделі на етапі планування її впровадження потребують вирішення наступні завдання:

- визначення основних організаційних засад та управлінських рішень;
- інформаційно – освітнє забезпечення знаннями про ХОТ населення області, зокрема в окремих її районах / біогеохімічних зонах;
- забезпечення ефективного моніторингу, звітності і прозорості щодо епідеміології ХОТ в області / регіоні;

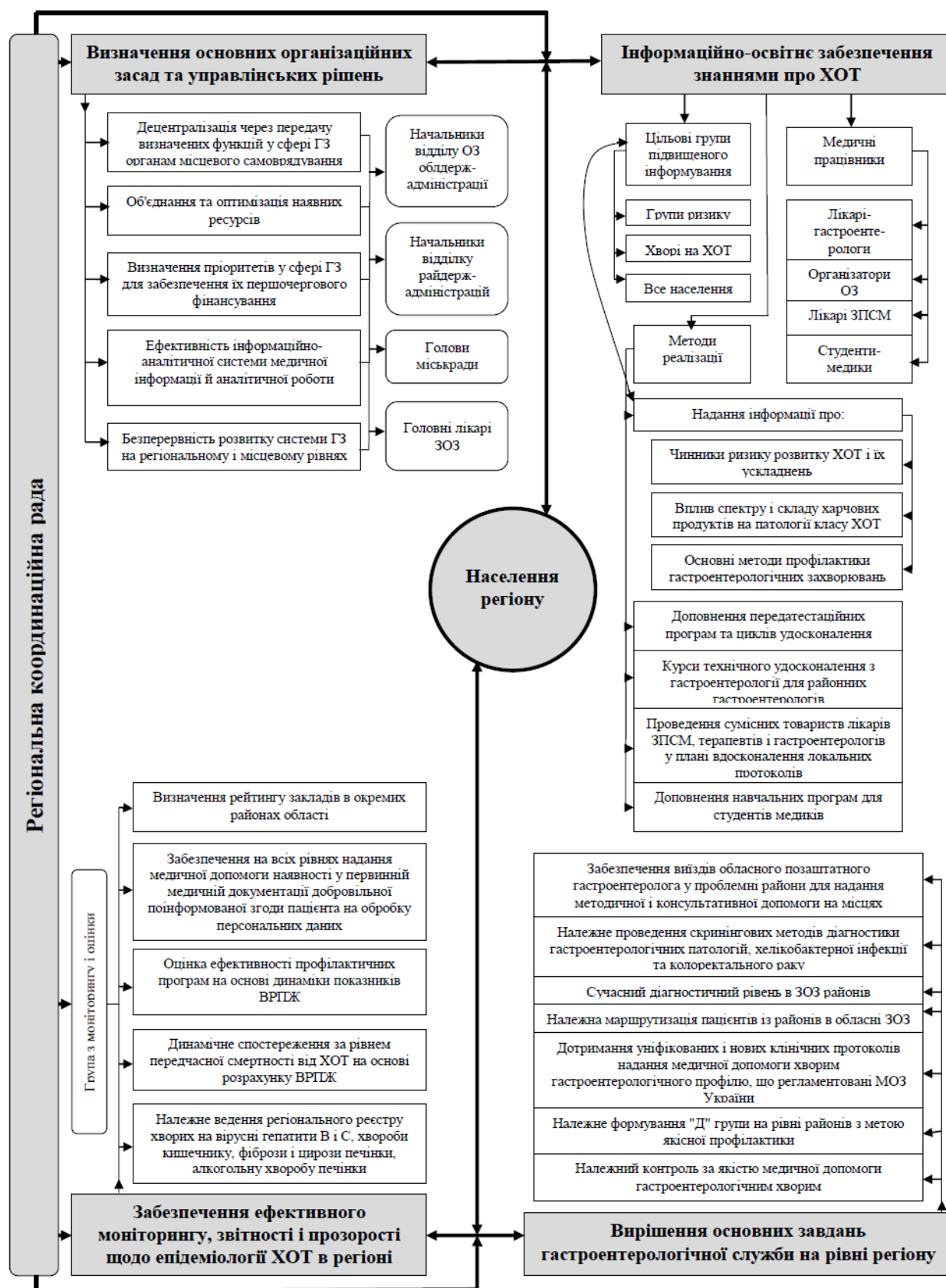


Рис. 6.2. Логічно – структурна схема реалізації функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на базовому рівні

- забезпечення реалізації і вирішення основних проблем гастроентерологічної служби на рівні регіону.

Об'єктом впливу в даній схемі є населення регіону. Суб'єктом впливу в схемі є регіональна координаційна рада профілактики передчасної смертності населення внаслідок ХОТ, яка забезпечує координацію та комплексність і безперервність дій всіх учасників процесу з профілактичної діяльності.

Схема визначає наступні напрямки діяльності:

- визначення основних організаційних засад та управлінських рішень;
- інформаційно – освітнє забезпечення знаннями про ХОТ населення області, зокрема в окремих її районах / біогеохімічних зонах;
- забезпечення ефективного моніторингу, звітності і прозорості щодо епідеміології ХОТ в регіоні;
- забезпечення реалізації і вирішення основних проблем гастроентерологічної служби на рівні регіону.

Основними етапами вирішення завдань є забезпечення міжсекторального підходу в організації профілактичної діяльності з попередження смертності внаслідок ХОТ та злагоджена робота керівників влади та ЗОЗ, управлінські рішення яких забезпечують ефективність виконання прийнятих програм профілактики. При цьому, пріоритетними управлінськими рішеннями, що сприятимуть досягненню мети, повинні стати: забезпечення ефективності інформаційно – аналітичної системи медичної інформації, аналітичної роботи, визначення пріоритетів у сфері громадського здоров'я для забезпечення їх першочергового фінансування, об'єднання та оптимізація наявних ресурсів.

Основним напрямком реалізації прийнятих управлінських рішень повинна бути широкомасштабна комунікаційно – освітні кампанії забезпечення знаннями про хвороби органів травлення та ризики, пов'язані з ними. Робота повинна скеровуватись на цільові групи (населення в цілому, групи ризику, хворі на ХОТ) та медичних працівників і студентів (лікарі – гастроентерологи, лікарі загальної практики / сімейної медицини, організатори охорони здоров'я).

Таким чином, запропонована логічно – структурна схема реалізації

функціонально – організаційної моделі зниження смертності від ХОТ характеризується новими підходами до вирішення основних проблем передчасної смертності населення внаслідок ХОТ в регіоні з використанням міжсекторального підходу у відповідності з сучасною стратегією державної політики у сфері охорони здоров'я щодо попередження передчасної смертності працездатного населення.

Запропонована модель, яка відповідає міжнародним підходам, стратегії реформування системи охорони здоров'я, позитивно оцінена експертами (9,7 балів) і рекомендується для впровадження в інших регіонах України.

6.3. Експертна оцінка функціонально – організаційної моделі зниження смертності внаслідок хвороб органів травлення

Дані про залучених експертів наведено в розділі 2. Їх ставлення до обґрунтованої та розробленої функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення населенню вивчалось за допомогою медико-соціологічного дослідження після проведеної дискусії. Дискусія, з докладним знайомством експертів з матеріалами наукового дослідження, після доповіді дисертанта, проводилася напередодні його проведення. Результати медико-соціологічного дослідження наведено в табл. 6.2.

При позитивній оцінці експертами запропонованої моделі в цілому (9, 7 балів із 10 можливих) експерти найнижче оцінили необхідність ефективного моніторингу, звітності та прозорості інформації про епідеміологію ХОТ в регіоні (8,6 балів) та міжсекторальний підхід в рішенні даної проблеми (9,2 балів), а найвище оцінили необхідність раннього виявлення та профілактики гастроентерологічних захворювань (9,9 балів) та зміну способу життя населення (9,8 балів).

Наступним кроком дослідження за формулою, яка наведена в розділі 2 на основі одержаних даних, були проведені розрахунки узгодженості думок експертів. В результаті проведених розрахунків встановлено, що коефіцієнт варіації узгодженості експертів для запропонованих інновацій становить менше 10 %. Це вказує на високий рівень їх узгодженості в своєму рішенні щодо позитивної оцінки обґрунтованої та запропонованої моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації.

Таблиця 6.2

Позитивне ставлення експертів до запропонованої функціонально – організаційної моделі зниження передчасної смертності внаслідок хвороб органів травлення

Елементи моделі	Бали
Модель в цілому	9,7
Зміна способу життя населення	9,8
Раннє виявлення та профілактика гастроентерологічних захворювань	9,9
Безперервне підвищення якості медичної допомоги	9,4
Міжсекторальний підхід	9,2
Інформаційно - освітнє забезпечення знаннями по ХОТ	9,7
Ефективний моніторинг, звітність та прозорість інформації про епідеміологію ХОТ в регіоні	8,6
Ефективна діяльність системи громадського здоров'я	9,4

Таким чином, враховуючи відповідність запропонованої моделі законодавству України, реформі системи медичної допомоги населенню та позитивну оцінку експертами розробленої функціонально – організаційної моделі зниження смертності внаслідок хвороб органів травлення, можна рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я в інших регіонах України.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ 6:

1. Визначений і проаналізований сучасний стан організації надання гастроентерологічної допомоги в Закарпатській області. Встановлено, що із 154 лікарняних ліжок гастроентерологічного профілю 44,0% розташовані в ЗОЗ низинної біогеохімічної зони, зокрема в ОКЛ ім. А.Новака в м. Ужгород, 27% - у передгірській зоні. В гірській зоні області медична допомога пацієнтам з ХОТ надається в загальнотерапевтичних відділеннях ЗОЗ.

2. Розроблено та науково обґрунтовано функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності внаслідок ХОТ на регіональному рівні. Стратегічним напрямком моделі є зменшення медико – демографічних наслідків в результаті захворюваності населення на ХОТ, а тактичним – усунення нерівностей у сфері охорони здоров'я з мінімізацією негативного впливу способу життя і соціально – економічних детермінант при ХОТ.

3. Науково обґрунтовано логічно – структурну схему реалізації функціонально – організаційної моделі на базовому рівні, яка відображає основні задачі системи охорони здоров'я в напрямі організаційної взаємодії між суб'єктами та об'єктами моделі профілактики передчасної смертності внаслідок ХОТ з метою їх мінімізації.

4. Представлена модель позитивно оцінена експертами (9,7 балів із 10 можливих) при коефіцієнті варіації узгодженості їх думок менше 10%.

Список особистих робіт за темою розділу: [9,22].

ВИСНОВКИ:

В ході проведення комплексного медико – соціального дослідження встановлено високий рівень індексу ВРПЖ внаслідок ХОТ при низькому рівні профілактики передчасної смертності населення від цих патологій та відсутності комплексних наукових розробок, що дозволило обґрунтувати функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності населення внаслідок хвороб органів травлення.

Обґрунтована на основі міжсекторального підходу функціонально – організаційна модель, яка відповідає міжнародним підходам та позитивно оцінена експертами, вирішує актуальну наукову задачу зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні.

1. Аналіз наукових джерел показав відсутність робіт, які б висвітлювали вплив комплексу факторів на формування стану здоров'я населення конкретного регіону, враховуючи його еколого – гігієнічні та медико – демографічні особливості, та даних, що стосуються демографічних та

економічних втрат в результаті передчасної смертності внаслідок ХОТ в регіоні, що обумовлює необхідність наукового обґрунтування заходів зі зменшення медико – демографічних втрат внаслідок ХОТ на регіональному рівні.

2. Виявлено, що стан здоров'я населення Закарпатської області характеризується значною питомою вагою ХОТ у структурі захворюваності та поширеності хвороб (6,9% та 4,1%), зокрема серед дітей 0 – 14 рр.(5,9% та 6,5%), підлітків (8,0% та 8,6%) і дорослого населення (7,3% та 11,0%), із перевищенням загальнодержавних показників поширеності ХОТ серед дорослого населення (в 1,1 рази) та захворюваності на ХОТ (у 1,5 рази), дітей 0 – 14 рр. (у 1,3 рази), підлітків 15 – 17 рр. (у 1,2 рази) та дорослого населення (у 1,7 рази). Показано суттєву диференціацію вказаних показників у різних біогеохімічних зонах: найвищі рівні в передгірській зоні (4271,6 та 18495,7 на 100 тис. нас.) проти 3383,9 та 18469,2 на 100 тис. нас. у низинній і 3369,9 та 16170,4 на 100 тис. нас. у гірській зонах. Виявлено зростання індексу накопичення ХОТ серед підлітків (+12,5%), дорослого населення (+32,4%) та населення в цілому (+18,8%).
3. Визначено регіональні відмінності смертності від ХОТ у Закарпатській області: на 44,0% вищий рівень за загальноукраїнський (62,5 проти 43,4 на 100 тис. нас.); більша частка у структурі захворюваності та поширеності хвороб (5,3% проти 4,5%), особливо для жінок (5,2% проти 3,8%); нижча статеві диспропорція (1,7 рази проти 2,4 рази в Україні), перевищення загальноукраїнських показників ВРПЖ у 1,3 рази (840,0 проти 626,2 на 100 тис. нас.) із суттєвою розбіжністю всередині регіону: стандартизовані показники в гірській зоні у 6,5 рази перевищують обласні значення (489,7 проти 75,6 на 100 тис. нас.), у 2,9 рази – показники у низинній зоні (проти 171,8) та у 2,6 рази – у передгірській зоні (проти 185,4).

4. Виявлено, що харчові преференції не є ключовими факторами ризику розвитку ХОТ, а основним є комплексний вплив соціально – економічних чинників, зокрема зволікання зі зверненням за медичною допомогою (48,2% звернулися за медичною допомогою через місяць і більше від початку проявів хвороби, 17,6% – через рік і більше) та поширення шкідливих звичок (вживання тютюну $36,6 \pm 1,9\%$ респондентів, алкоголю – $67,5 \pm 1,8\%$). Серед основних причин пізнього звернення за медичною допомогою респонденти зазначили брак часу та коштів ($58,2 \pm 1,9\%$ і $27,1 \pm 1,7\%$), відсутність фахівця в найближчому ЗОЗ ($10,9 \pm 1,2\%$), неможливість проведення необхідного діагностичного обстеження ($7,4 \pm 1,0\%$) та необхідність витрат власних коштів при отриманні медичної допомоги ($79,3 \pm 1,6\%$).
5. Доведено статистично значущий зв'язок між частотою певної гастроентерологічної патології та переважним вживанням алкоголю певного виду ($\chi^2=36,721$, $p=0,001$) і типу виробництва ($\chi^2=37,893$, $p=0,001$), разовою дозою вживання алкоголю та наявністю певної гастроентерологічної патології ($\chi^2=69,449$; $p<0,0001$) і характером харчування в дитинстві ($\chi^2=36,72$, $p=0,018$). Курці демонстрували більшу частку випадків холециститу ($15,0 \pm 2,3\%$ проти $13,7 \pm 1,7\%$ тих, хто не палить), цирозу печінки ($10,2 \pm 2,0\%$ проти $8,1 \pm 1,3\%$) та майже втричі більшу частку хронічного виразкового коліту ($8,5 \pm 1,8\%$ проти $2,9 \pm 0,8\%$).

6. Виявлено низький рівень санітарної грамотності та культури хворих на ХОТ: займаються фізичними вправами регулярно $28,9 \pm 1,8\%$ респондентів, $59,7 \pm 1,9\%$ опитаних знають про вплив способу життя, характеру харчування ($26,5 \pm 1,7\%$) та стресу ($45,6 \pm 2,0\%$) на розвиток хвороб органів травлення. При визнанні більшістю опитаних здоров'я головною життєвою цінністю ($66,3 \pm 1,9\%$), готові змінити нездоровий спосіб життя на користь збереження і зміцнення власного здоров'я $66,7 \pm 1,8\%$ респондентів, з яких $28,5 \pm 1,8\%$ тільки на час лікування. Водночас, $47 \pm 2,0\%$ опитаних в силу релігійних переконань дотримувались посту, причому $26 \pm 1,7\%$ з них, навіть під час загострення захворювання, а $17,2 \pm 1,5\%$ опитаних виїздили за кордон на заробітки під час загострення хвороби.
7. Розроблено та науково обґрунтовано функціонально – організаційну модель зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні. Функціонально-організаційна модель зниження передчасної смертності населення внаслідок ХОТ на регіональному рівні базується на нових підходах надання медичної допомоги в напрямі профілактики передчасної смертності внаслідок ХОТ з використанням багаторівневого міжсекторального підходу, яка відповідає стратегії реформування системи охорони здоров'я та забезпечує єдність дій на всіх рівнях управління, міжсекторальний підхід до організації профілактики захворюваності та смертності внаслідок ХОТ, безперервність і спадкоємність заходів профілактики на всіх етапах (первинна, вторинна, третинна) і рівнях здійснення, комплексність і системність, ефективний моніторинг епідеміологічної ситуації щодо ХОТ в регіоні. На ефективне впровадження запропонованої моделі розроблено логічно – структурну схему її реалізації, яка відображає основні задачі та напрями міжсекторальної взаємодії з метою зниження передчасної смертності.

8. Запропонована функціонально – організаційна модель, яка відповідає міжнародним підходам стратегії реформування системи охорони здоров'я, позитивно оцінена експертами (9,7 балів) і рекомендується для впровадження в інших регіонах України.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані в ході дисертаційного дослідження результати дозволяють рекомендувати:

Міністерству охорони здоров'я України:

- запровадити науково обґрунтовану функціонально - організаційну модель зниження смертності від хвороб органів травлення (ХОТ) на регіональному рівні;
- при розробці програм та нормативно – правових актів з питань зниження передчасної смертності в Україні включати окремим розділом питання зниження смертності від ХОТ;

Департаментам охорони здоров'я обласних та м. Києва державних адміністрацій:

- створити регіональну міжсекторальну координаційну раду як структурної одиниці регіонального центру громадського здоров'я, яка забезпечить наступність у роботі ЗОЗ та відповідний контроль щодо ефективності проведених заходів зі зниження смертності від ХОТ.
- при розробці регіональних програм та заходів профілактики передчасної смертності населення, включати окремим розділом питання щодо зниження смертності від ХОТ;
- розробити та запровадити регіональні комунікаційні програми з інформування населення про фактори ризику розвитку ХОТ та їх ускладнень, впливу складу і спектру харчових продуктів на розвиток зазначених патологій;

Вищим навчальним закладам України підпорядкування МОН та МОЗ України:

- забезпечити включення до програм передатестаційної підготовки медичних працівників та циклів удосконалення питаннями щодо функціонально – організаційної моделі зниження смертності від ХОТ;

-забезпечити інформування всіх медичних працівників та цільових груп населення щодо факторів ризику розвитку ХОТ та їх ускладнень, впливу складу і спектру харчових продуктів на розвиток зазначених патологій і основні шляхи попередження передчасної смертності від патологій органів травлення.

Кафедрам соціальної медицини та ООЗ вищих навчальних закладів України:

- забезпечити інформування організаторів охорони здоров'я про кращий світовий досвід з питань профілактики смертності від ХОТ, зокрема передчасної;
- включити до навчальної програми з «біостатистики» методику розрахунку втрачених років потенційного життя (ВРПЖ), як критерію оцінки запобіжної смертності та ефективності окремих профілактичних заходів чи програм;

Головним лікарям закладів охорони здоров'я всіх форм власності:

- на засіданнях медичних рад закладів охорони здоров'я щорічно розглядати питання профілактики передчасної смертності населення в т.ч в наслідок ХОТ;
- посилити контроль за дотриманням медичними працівниками уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю, що регламентовані МОЗ України;
- налагодити належне проведення скринінгових методів діагностики гастроентерологічної патології;
- забезпечити ефективну інформаційно – аналітичну систему медичної інформації, лабораторної і аналітичної роботи за рахунок створення групи з моніторингу і оцінки епідеміологічної ситуації щодо ХОТ (в т. ч. на основі показників ВРПЖ) та ефективності профілактичної діяльності ЗОЗ;

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. World Customs Organization. 2015 Illicit Trade Report [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.wcoomd.org/~media/wco/public/global/pdf/topics/enforcement-and-compliance/activities-and-programmes/illicit-trade-report/itr-2015-en.pdf?db=web>. — Title from screen.
2. Дудник І. М. Демографічні проблеми в контексті суспільних негараздів [Електрон. ресурс] / І. М. Дудник // Геополітика. Злочинність. — 2014. — Режим доступу до ресурсу: <http://geopolitika.crimea.edu/arhiv/2014/tom10-v-2/009dud3.pdf>
3. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ : МБЦ «Медінформ», 2015. — Р. 1. — С. 13–35.
4. Либанова Э. М. Демографические сдвиги в контексте социального развития / Э. М. Либанова // Демографія та соціальна економіка. — 2014. — № 1. — С. 9–23.
5. Michelsen K, Brand H, Achterberg PW, Wilkinson JR. Promoting better integration of health information systems: best practices and challenges. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report; <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidenceinformed-policy-making/publications/2015/promotingbetter-integration-of-health-information-systems-bestpractices-and-challenges>, accessed 9 August 2016).

6. Чепелевська Л. А. Сучасні проблеми смертності населення України від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, Л. М. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. — 2015. — № 1 (33). — С. 15–21.
7. Шушпанов Д. Г. Причини та детермінанти надсмертності в Україні: порівняльний соціально-демографічний аналіз із країнами Європейського Союзу / Д. Г. Шушпанов // Економічний аналіз. — 2016. — Том 23. № 21. — С. 111–122.
8. Рынгач Н. Бремя болезней органов пищеварения в Украине: вклад преждевременной смертности Sănătate Publică, Economieși Managementin Medicină. Public Health, Economy and Managementin Medicine / Общественное здоровье, экономика и менеджмент в медицине. — 2017. — №4 (74). — С. 66–69. ISSN 1729-8687
9. Чепелевська Л. А. Сучасні тенденції смертності населення працездатного віку від хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська, О. М. Дзюба, Л. А. Карамзіна / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2016. — № 1 (56). — С. 39–44.
10. Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Andrews KG, Engell RE, Mozaffarian D, et al. Global, regional and national consumption of major food groups in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys worldwide. BMJ open. 2015;5(9):e008705 Epub 2015/09/27. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008705
11. Смеянов В. А. Медико-социальная модель управления качеством медицинской помощи на уровне учреждений здравоохранения / В. А. Смеянов, С. В. Тарасенко, О. И. Смеянова, Н. В. Демихова // Серия Медицина. Фармация. — 2014. — № 18 (189). Випуск 27. — С. 178–182.
12. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення всесвітньої організації охорони здоров'я / Г. О. Слабкий // Журнал заступника головного лікаря. — 2016. — № 5 (16). — С. 51–61.
13. Azzopardi-Muscat, N. ДОКЛАД Информационные системы в здравоохранении в малых странах Европейского региона ВОЗ: доклад сети

- інформації здравоохранения малых стран / Natasha Azzopardi-Muscat, Pauline Vassallo, Neville Calleja, Alena Usava, Francesco Zambon, Claudia Stein // *Панорама общественного здравоохранения*, Т. 2. — Вып. 3 — сентябрь 2016 г. — С. 285–291.
14. Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех. / Пер. с англ.; ПРООН. — М.: Весьмир, 2017. — 40 с.
 15. Verschuuren M, Diallo K, Calleja N, Burazeri G, Stein C. First experiences with a WHO tool for assessing health information systems. *Public Health Panorama*. 2016;2 (3):249–400.
 16. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/en>. — Загл. с экрана.
 17. Колодяжна О. І. Визначення втрачених років здорового життя від професійних захворювань за методом DALY / О.І. Колодяжна, А. М. Нагорна // *Укр. журнал з проблем медицини праці*. — 2013.— № 2 (35). — С. 11–15.
 18. Рынгач Н. А. Оценка потерянных лет потенциальной жизни вследствие младенческой смертности / Н. А. Рынгач, Р. А. Моисеенко // *Восточноевропейский журнал общественного здоровья*. — 2013. — Спецвыпуск на русаком языке. — С.81–84.
 19. Intersectoral governance for health in all policies / McQueen D. [et al.]. — Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012. — X p.
 20. Степанов Ю. М. Хвороби органів травлення та гастроентерологічна допомога населенню України: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю. М. Степанов // *Здоров'я України*. — 2014. — Тематичний номер за вересень.
 21. Alwan A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 2010, 376:1861–1868.

22. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. — ВОЗ, 2010. — 218 с.
23. SteinClaudia. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г. / Европейский региональный комитет ВОЗ, 62-сессия, Мальта, 10-13 2012 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/173324/FINAL-R-Print-version-Claudia-Stein-European-health-report-2012.pdf. — Название с экрана.
24. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. — ВООЗ, 2010. — 82 с.
25. Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех. / Пер. с англ.; ПРООН. — М.: Весьмир, 2011. — 188 с.
26. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / H. Wang, L. Dwyer-Lindgren, K.T. Lofgren, J.K. Rajaratnam, J.R. Marcus, A. Levin-Rector, C.E. Levitz, A.D. Lopez, C.J.L. Murray // *The Lancet*. — 2013. — Vol. 380, Issue 9859. — P. 2071–2094.
27. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010. GBD Profile: Ukraine // <http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20Ukraine.pdf>
28. Cortez-Pinto H. Increasing burden of alcoholic liver disease in Europe: need for action / H. Cortez-Pinto // EASL monothematic conference of alcoholic liver disease. Athens, 10–12 December 2010. — P. 22–23.
29. Dahlgren G., Whitehead M. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Leveling up Part 1. — Copenhagen: WHO, 2007. — 34 p.
30. Рингач Н. О. Передчасна смертність як загроза національній безпеці України / Н. О. Рингач // Охорона здоров'я в Україні. — 2007. — № 1 (25). — С. 29–30.

31. Чепелевська Л. А. Сучасні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький, А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. — 2014. — № 1 (29). — С. 33–39.
32. Рингач Н. О. Хвороби органів травлення: історичні паралелі змін класифікації та епідеміологічної ситуації / Н. О. Рингач, А. О. Керецман // Сімейна медицина. — 2015. — № 4 (60). — С. 137–141.
33. Injuries: a call for public health action in Europe (2017). [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/234911/The-European-health-report-012.-Charting-the-way-to-well-being-Rus.pdf
34. Age-standardised rates [Електронний ресурс]. // Office for National Statistics. — Crown Copyright, 2014. — Режим доступу: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/user-guidance/health-and-life-events/age-standardised-mortality-rate-calculation-template-using-the-2013-esp.xls>.
35. Рингач Н. О. Гендерні відмінності реальних і потенційних втрат внаслідок передчасної смертності в Україні / Н. О. Рингач, А. О. Керецман, Л. Й. Власик // Гендер. Екологія. Здоров'я. Матер. V Міжнар. науково-практ. конф. (Харків, 20–21 квітня 2017 р.). — Харків: ХНМУ, 2017. — С. 154–156. (372 с.)
36. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ«УІСД МОЗ України». — Київ, 2017. — 516 с.
37. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи, 2014 рік / Л. А. Чепелевська; за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. — Київ, 2014. — С. 7–9.
38. Чепелевська Л. А. Проблеми покращення медико-демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. М. Ціборовський, Л. А. Карамзіна // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я.
39. Мельничук Д. П. Демографічні детермінанти формування та використання людського капіталу в Україні: диференційний аналіз та прогноз [Електрон. ресурс] / Д. П. Мельничук // Соціально-економічні проблеми і держава. —

2014. — Режим доступу до ресурсу: <http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2014/14mdpatp.pdf>. — С. 185–193.
40. European Health for All database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
 41. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
 42. Рынга Н. А. Смертность от болезней органов пищеварения в Украине: что изменилось? / Н. А. Рынга // Демоскоп. — 2013. — № 567–568, 16–29 сентября.
 43. Contribution of six risk factors to achieving the 25Ч25 non-communicable disease mortality reduction target: a modeling study / V. Kontis, C. D. Mathers, J. Rehm [et al.] // The Lancet. — 2014. — Vol. 384. — P. 427–437.
 44. National Audit Office. The financial sustainability of NHS bodies. Report by the Comptroller and Auditor General National Audit Office. — London.: National Audit Office, 2014. — 16 p.
 45. Макроекономіка і здоров'я: інвестиції в цілях економічного розвитку. Доклад Комісії по макроекономіці і здоров'ю. — Минск: ООО «Бкелсэнс», 2001. — 222 с.
 46. Коади Д. Крайне необхідна ефективність / Д. Коади, М. Франчезе, Б. Шан // Фінанси і розвиток. — 2014. — № 12. — С. 30–32.
 47. Ринга Н. О. Економічна оцінка втрат людського потенціалу / Н. О. Ринга, О. І. Мартинюк // Державне управління: теорія та практика [Електронний ресурс] : електрон. наук. фах. вид. — 2008. — № 2. — Режим доступу до журн.: http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DUTP/2008-2/doc_pdf/ryngach-martynuk.pdf.
 48. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. — Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 2010. Accessed March 3, 2015 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2010/rwjf54583>. — Назва з екрану.
 49. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress: A Report of the Economic costs of excessive alcohol consumption in the US, 2006 / E. E. Bouchery, H. J. Harwood, J. J.

- Sacks [etal.] // Ambulatory Journal Preventive Medicine. — 2011. — 41 (5). — Д. 516–524.
50. Never too early Tackling chronic disease to extend healthy life years. A report from the Economist Intelligence Unit Sponsored by Abbott.: Geneva, The Economist Intelligence Unit Limited, 2012. — 29 p.
 51. Рынґач Н. А. Економический еквивалент потерь вследствие преждевременной смертности в Украине / Н. А. Рынґач // Демографія та соціальна економіка. — 2016. — № 2. — С. 39–49. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2016_2_5
 52. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. [монографія] — К., 2014 р. — 438 с.
 53. The European health report 2012: charting the way to well-being [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г: курс на благополучие]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-healthreport-2012>)
 54. Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases: European Union Health Policy Forum. — 2012. — 31 д.
 55. Health at a Glance: Europe 2012 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.oecd.org/newsroom/healthspendingineuropefallsforthe first time in decades.htm>. — Назва з екрану.
 56. Spongenberg H. Chronic diseases: for cing change in EU health care management [Електронний ресурс] / H Spongenberg. — Режим доступу: <https://euobserver.com/chronic-diseases/125922>. — Назва з екрану.
 57. Intersectoral governance for health in all policies / McQueen D. [et al.]. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. — X p.
 58. WHO (1978). Alma Ata 1978: Primary Health Care. HFASr. (1).
 59. Ринґач Н. О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку / Н. О. Ринґач // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка. Економічні науки. Вип. 11. — Кам'янець-Подільський: Медобори-2006, 2016. — С. 249–258. (488 с.)

60. Оттавская хартия по укреплению здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1986 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf
61. The Adelaide Statement on Health in All Policies. Moving towards a shared governance for health and well-being : Report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010. — WHO, 2010. — 4 p.
62. Протокол и практическое руководство. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). — Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ, 1996. — 100 с.
63. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9–15 June 1991. Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO/HPR/HEP/95.3, (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf).
64. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
<https://thepep.unece.org/sites/default/files/2017-06/European%20Charter%20on%20Environment%20and%20Health-%20Russian.pdf>
65. Европейская хартия против табака, 1988 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа :<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents>
66. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
<https://www.coe.int/uk/web/compass/environment>
67. Европейская хартия по борьбе с алкоголем, 1989 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202453/WHA42_3_rus.pdf?sequence=1&ua=1
68. European Alcohol Action Plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
69. Европейская хартия по алкоголю, Европейская конференция “Здоровье, общество и алкоголь”, Париж, Франция 12–14 декабря 1995 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf).
70. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе, 1996 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/113304/E55363R.pdf?ua=1
71. Європейська соціальна хартія хартія, 1961 р. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article?art_id=92763&cat_id=92762

72. Джакартская декларация о продолжительной деятельности по укреплению здоров'я в 21 — столетии, 1998 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/raid2.pdf
73. Афинская декларация по здоровым городам, Международная конференция по здоровым городам, Афины, Греция, 23 июнь 1998 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.who.int/entity/ru/>
74. Governance for health in the 21st century.[Electronic resource]. — Access mode: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/event/first-who-european-conference-on-the-new-european-policy-for-health-health-2020/documentation/inf-doc-6-governance-of-health-in-the-21st-century>
75. EUR/RC61/9 The new European policy for health — Health 2020: vision, values, main directions and approaches [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd9-the-new-european-policy-for-health-health-2020>
76. Декларация Третьей конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, 1999 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88588/E69046r.pdf?ua=1
77. European conference and European status report on smoking in the work place (statement from the European Commission and WHO / Europe at the European conference “Smoke Free Work places:Improving the health and well-being of people at work”, Berlin, 10–11 May 2001). Brussels, ENSP, 2001 (<http://www.ensp.org/uk/contact>, доступ произведен 19 июня 2002 г.).
78. Варшавская декларация “За Европу без табака”. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров “За Европу без табака”(Варшава, 18–19 февраля 2002 г.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. (документ EUR/01/5020906/6).

79. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005) [Electronic resource]. — Access mode: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1
80. Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Основное внимание действиям общества по укреплению общественного здоровья. Видение стратегии с позиций CINDI. — Копенгаген, Региональное бюро ВОЗ, 2005.
81. Резюме предварительного доклада о ходе реализации положений Таллиннской хартии. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (EUR/RC61/11; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/147728/wd11R_InterimTallinnCharter_111359-las.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
82. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
83. Inequalities in health: report of a research working group (the Black Report). London: Department of Health and Human Services; 1980.
84. Wanless D. Securing good health for the whole population: final report. London: HM Treasury; 2004.
85. Figueras J, McKee M. Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems. [Системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и социальное благополучие: анализ аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения, на англ. языке]. Maidenhead: Open University Press; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications2/2011/health-systems,-health,-wealth-and-societal-well-being.-assessing-the-case-for-investing-in-health-systems>, accessed 18 June 2015).

86. Европейская база данных «Здоровье для всех» [база данных в режиме онлайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. (http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html, по состоянию на 18 августа 2015 г.).
87. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378(9801):1457–8. doi:10.1016/S0140-6736(11)61556-0.
88. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health, second edition. Oxford: Oxford University Press; 2006.
89. Резолюция WHA53.17 «Профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними», Женева, Всемирная организация здравоохранения 2000 (http://apps.who.int/gb/archive/r/r_wha53.html).
90. План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part4-ru.pdf).
91. Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 3 августа 2015 г.).
92. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf).
93. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>

94. The case for investing in public health: a public health summary report for EPHO 8. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 2014(<http://apps.who.int/iris/handle/10665/170471>, accessed 19 June 2015).
- 95.Цілі Розвитку Тисячоліття Україна: 2000–2015 : Національна доповідь. — К., Програма Розвитку ООН в Україні, 2015. — 37 с.
96. Москаленко В. Ф. Наукові основи втілення нової європейської стратегії «Здоров'я — 2020» в охороні здоров'я України / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2012. — № 4 (20). — С. 42 — 50.
97. Московская декларация: Первая глобальная конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Москва, 28–29 апреля 2011 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_ru.pdf)
98. Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье — 2020, 2013 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf?ua=1
99. 99. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020, 2013 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа:
100. <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>
101. Минская Декларация, 21–22 октября 2015 г., Минск (Беларусь). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial->

[Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/the-minsk-declaration](#)

102. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf. — Назва з екрана.
103. Рингач Н. О. Погляд на проблему передчасної смертності населення України крізь призму національної безпеки / Н. О. Рингач // Стратегічні пріоритети. — 2008. — № 1 (6). — С. 102–111.
104. Розпорядження КМУ від 31.10.2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір». [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>. — Назва з екрана.
105. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013. — № 16 — ст. 137 <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/ru/4844-17>
106. Конституція України <http://ufpp.gov.ua/content/PDF/zakonodavstvo/konstitychiya.pdf>
107. Закон «Про фізичну культуру і спорт» від 24.12.1993р. № 3809-ХІІ
108. Цільова комплексна програма «Фізичне виховання — здоров'я нації». Указ Президента України від 01.09.1998 р. № 963а/98
109. Законом України «Про безпечність та якість харчових продуктів» від 06.09.2005 р. № 2809-IV <https://www.president.gov.ua/documents/2809-iv-3236>
110. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 листопада 1997 р. № 1258 <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1258-97-%D0%BF>
111. *Закон України № 4844 про повну заборону куріння в громадських та на робочих місцях.*
112. Закон України «Про рекламу» від 03.07.1996 № 270/96-ВР (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, N 39, ст. 181)

113. Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність — здоровий спосіб життя — здорова нація"
114. Организация Объединенных Наций (2011). Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними. Доклад Генерального секретаря (Последующие меры по итогам Саммита тысячелетия). Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. Режим доступа: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=R, по состоянию на 1 февраля 2014 г.).
115. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року» від 29.04.2013 № 637 <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/637-2013-%D0%BF>
116. Наказ МОЗ України від 28.12.2009 року № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю» http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091228_1051.html
117. Гастроентерологія: Збірник нормативних документів: Збірник / Київськ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр медичної статистики МОЗ України; ред. В.М. Заболотько. 276 с. : табл. — (Нормативні директивні правові документи).
118. Бойцов С. А. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы / С. А. Бойцов, С. В. Вылегжанин // Терапевтический архив. — 2015. — № 87 (1). — С. 4–9.
119. Максимова Ж. В. Скрининг: современный взгляд на раннюю диагностику и профилактику хронических неинфекционных заболеваний / Ж. В. Максимова, Д. М. Максимов // Архивъ внутренней медицины. — 2014. — № 6 (20). — С. 52–56.

120. Лехан В. М. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, О. П. Максименко та ін. // Україна. Здоров'я нації. — 2017. — № 3 (44). — С. 159–166.
121. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. — Geneva : WHO, 2014. — 107 p.
122. STEPwise approach to surveillance (STEPS) [Electronic resource]. — Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/en>. — Title from screen
123. Premature mortality in the United States: public health issues in the use of years of potential life lost // MMWR (Morb Mortal Wkly Rep.) — 1986. — № 35. — P.1S–11S.
124. Health Indicators 2012 : annual reports / Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. — 130 p.
125. Рингач Н. О. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура / Н. О. Рингач, А. О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. — 2014. — № 1 (59). — С. 36–42.
126. Чепелевська Л. А. Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу / Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2000. — № 2. — С.103–107.
127. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — № 1. — С. 5–23.
128. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності на онкологічну патологію та її профілактика в сучасних умовах / Н. В. Медведовська // Здоров'я нації. — 2012. — № 4 (24). — С. 9–14.
129. Рак в Україні, 2008–2009. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. — Київ : Нац. інститут раку, 2009. — № 11. — 121 с.

130. Мещенко В. М. Материалы по медицинской географии Закарпатской области, Ленинград, 1964.
131. Олена Богдан. Що варто знати про соціологію та соціальні дослідження? Посібник-довідник для громадських активістів та всіх зацікавлених. Консультант-рецензент Володимир Паніотто. — К.: Дух і Літера, 2015. — 380 с.
132. Principles of Epidemiology (2 ed.) Self-Study Course 3030-G CDC / R. Dicker, N. Gathany, P. Anderson, B. Segal, S. Smith, Ph. Thompson / US Department of Health & Human Services, 12/92. - <http://pubhealth.spb.ru/EpidD>.
133. Паниотто В. И. Количественные методы в социологических исследованиях / В. И. Паниотто, В. С. Максименко. — М., 1992. — 272 с.
134. Кошевой, О. С. Определение объема выборочной совокупности при проведении региональных социологических исследований / О. С. Кошевой, М. К. Карпова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. — 2011. — № 2 (18). — С. 98–104.
135. Тихова Г. П. Планируем клиническое исследование. Вопрос № 1: как определить необходимый объем выборки / Г. П. Тихова // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2014. — Т. 8. — № 3. — С. 57–64.
136. Петри А. Наглядная медицинская статистика : учеб. пособие / А. Петри, К. Сэбин ; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 216 с.
137. Лапач С. Н. Статистика в науке и бизнесе / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: МОРИОН, 2002. — 640 с.
138. Грузева Т. С. Медико-соціальні аспекти проблеми неінфекційних захворювань у дзеркалі світової, європейської та національної статистики / Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич, Г. В. Іншакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2016. — №1 (26). — С. 15–22.

139. Рогач І.М. Ретроспективний аналіз демографічної ситуації та стратегічні орієнтири покращення громадського здоров'я на Закарпатті / І. М. Рогач, Л. О. Качала, Р. Ю. Погоріляк, О. І. Ремез, І. І. Кошеля // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2009. — № 37. — 206–210.
140. Погоріляк Р. Ю. Тенденції й особливості захворюваності населення Закарпаття / Р. Ю. Погоріляк // Журнал «Травма». — 2012. — Т.13, №14. — С. 12–14.
141. Чепелевська Л. А. Особливості смертності населення України від окремих хвороб органів травлення / Л. А. Чепелевська, А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. — 2013. — № 1 (25). — С. 12–34.
142. Галузь охорони здоров'я Закарпаття — 20 років незалежності України / Редкол.: Р. І. Шніцер та ін. — Ужгород: ІВА, 2011. — 168 с.
143. Погоріляк Р. Ю. Загальні закономірності стану здоров'я населення Закарпатської області протягом 1995-2010 років / Р. Ю. Погоріляк // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2013. — №1 (46). — С. 175–178.
144. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України: 2013 рік., К. — 172 с.
145. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 / За ред. О. С. Мусія. — Київ, 2014. — 438 с.
146. Грузєва Т. С. Інвалідність як пріоритетна медико-соціальна проблема / Т. С. Грузєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2015. — № 3 (24). — С. 22–27.
147. Мякина А. В. Актуальність проблеми інвалідності в сучасному аспекті / А. В. Мякина, К. А. Мельник // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2015. — № 3 (24). — С. 116–118.

148. Смертність населення України у трудоактивному віці [колективна монографія] / [Е. М. Лібанова, Н. М. Левчук, Н. О. Рингач та ін.]. — К.: Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України, 2007. — 211 с.
149. Куценко В. І. Здоров'я нації як стратегічний ресурс держави / В. І. Куценко // Вісник НАН України. — 2009. — № 6. — С. 44–51.
150. Смертность населения Украины в трудоактивном возрасте / Э. М. Либанова, Н. Левчук, Е. Рудницкий и др. [Електронний ресурс] // Демоскоп Weekly: Электронная версия бюллетеня «Население и общество». — 2008. — № 327–328. -<http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0327/tema01.php>.
151. Керецман А. О. Обсяг і структура втрачених років потенційного життя в Закарпатській області / А. О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. — 2016. — № 4/1 (41). — С.127–133.
152. Шафранський В. В. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2 (4). — С. 72–75.
153. Ibrahim M., Sarvepalli S., Morris-Stiff G. et al. Gallstones: Watch and wait, or intervene? Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2018 April; 85 (4): 323–331.
154. Чепелевська Л. А. Роль хвороб органів травлення у структурі причин смертності населення в регіонах України / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2011. — № 4. — С. 42–45.
155. Українські страви / Упорядник: Фік Б. Н. — Харків : [Світовид](#), 2002.
156. [Till Ehrlich](#): Gestrudeltes Gemisch — Ungarische Küche jenseits der Paprika. In: [taz](#). 26. Februar 2006.
157. Q&A on the carcinogenicity of the consumption of redmeat and processed meat [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/en>

158. Jensen J. D., Saxe H., Denver S. Cost-Effectiveness of a New Nordic Diet as a Strategy for Health Promotion. Tchounwou PB, ed. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015; 12(7): 7370-7391. doi:10.3390/ijerph120707370.
159. Mithril C., Dragsted L. O., Meyer C., Tetens I., Biloft-Jensen A., Astrup A. Dietary composition and nutrient content of the New Nordic Diet. Public Health Nutr. 2013; 16 (5): 777-85. doi: 10.1017/S1368980012004521.
160. The role of smoking in Crohn's disease as defined by clinical variables. Mahid SS, Minor KS, Stevens PL, Galandiuk S. DigDisSci. 2007 Nov;52(11):2897-903. Epub 2007 Mar 31;
161. The NOD2-Smoking Interaction in Crohn's Disease is likely Specific to the 1007 fs Mutation and maybe Explained by Age at Diagnosis: A Meta-Analysis and Case-Only Study / M. Ellen Kuenzig, Jeff Yim, Stephanie Coward, Bertus Eksteen, Cynthia H. Seow, Cheryl Barnabe, Herman W. Barkema, Mark S. Silverberg, Peter L. Lakatos, Paul L. Beck, Richard Fedorak, Levinus A. Dieleman, Karen Madsen, Remo Panaccione, Subrata Ghosh, and Gilaad G. Kaplan // EBio Medicine. 2017 Jul; 21: 188–196. Published online 2017 Jun 16. doi: 10.1016/j.ebiom.2017.06.012
162. Neuschwander-Tetri, B. A. Excess cholesterol and fat in the diet: a dangerous liaison for energy expenditure and the liver / B. A. Neuschwander-Tetri, D. Q. Wang // Hepatology. — 2013. — Vol. 57, № 5. — P. 7–9. doi: 10.1002/hep.25953
163. Savard, C. Synergistic interaction of dietary cholesterol and dietary fat in inducing experimental steatohepatitis / C. Savard, E. V. Tartaglione, R. Kuver // Hepatology. — 2013. — Vol. 57, № 1. — P. 81–92. doi: 10.1002/hep.25789
164. Драпкина, О. М. Эпидемиологические особенности неалкогольной жировой болезни печени в России: проспективное исследование DIREGL 01903 / О. М. Драпкина, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2014. — № 4. — С. 32–38.

165. Неалкогольная жировая болезнь печени: современные концепции этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. / [Павлов Ч. С., Кузнецова Е. А., Арсланян М. Г., Семенистая М. Ч., Глушенков Д. В., Николенко В. Н.]. — Медвестн Северного Кавказа 2017. — 12(2):230-4.
166. Christensen R. H. B. `Ordinal` — Regression Models for Ordinal Data. R package version 6–28, 2015.
167. Benjamini Y., Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing // Journal of the royal statistical society. Series B (Methodological). — 1995. — P. 289–300.
168. Breiman L. Random forests // Machine learning. — 2001. — Т. 45. — № 1. — P. 5–32.
169. Duda R. O., Hart P. E. Pattern Classification and Scene Analysis. New York: Wiley, 1973.
170. [Измерение преждевременной смертности: сравнение смертей до 65 лет и ожидаемых лет жизни потеряно]. Lapostolle A, Lefranc A, Gremy I, Spira A. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 авг; 56 (4): 245-52. Epub 2008 5 августа.
171. Гвоздик Н.М. Інвестування в людський капітал як чинник підвищення продуктивності праці / Н.М Гвоздик // Проблеми економіки. — 2015. — № 2. — С. 42–48.

ДОДАТКИ

СПИСОК ОСОБИСТИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Керецман А.О. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 36–41. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

2. The influence of socio-economic crisis in Ukraine on food safety and health of population (state-of-the-art review) / N.O. Runhach, A.O. Keretsman // Intermedical Journal. – 2014. – № I-III (Vol2). – P. 32–35. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу та формування висновків, написання статті).*

3. Keretsman A.O. Characteristics of death rates from malignant tumors of the digestive system in Transcarpathian region and Ukraine / A.O. Keretsman // Intermedical Journal. – 2015. – № II-IV (Vol2). – P. 29–36.

4. Керецман А.О. Особливості епідеміології злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області та України за статтю та окремими нозологіями в динаміці за 2009-2014 рр. / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2015. – № 2 (2). – С. 99 – 104. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків, написання статті).*

5. Керецман А.О. Хвороби органів травлення: історичні паралелі змін класифікації та епідеміологічної ситуації / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Сімейна медицина. – 2015. – 4 (60). – С. 137–141. *(Дисертантові належить збір та аналіз і обробка матеріалу, формування висновків і написання статті).*

6. Керецман А.О. Гендерні особливості захворюваності та поширеності хвороб органів травлення серед дорослого населення Закарпатської області / А.О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1(33). – С. 136–143.

7. Взаємодія "держава-громада" заради здоров'я: зарубіжний досвід боротьби з неінфекційними захворюваннями / Н.О. Рингач, А.О. Керецман, О.М. Дзюба, О.Р. Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2015. – №1 (63). – С. 35–41. *(Дисертантові належить проведення збору даних, аналіз і обробка матеріалу та їх узагальнення).*

8. Керецман А.О. Обсяг і структура втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення в Закарпатській області / А.О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 127–133.

9. Скринінг колоректального раку: світовий досвід та підходи до обґрунтування регіональної програми в Закарпатській області / Н.О. Рингач, І.М. Рогач, А.О. Керецман // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 196–202. *(Дисертантові належить ідея написання статті, збір даних та їх аналіз, формування висновків і написання статті).*

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

10. Керецман А.О. Еколого - гігієнічні та медико-соціальні особливості поширення захворювань органів травлення серед населення ендемічного регіону / А.О. Керецман // Матеріали 64-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 24 лютого 2010 р. – С. 45–46.

11. Керецман А.О. Структура та рівень смертності населення Закарпаття по основним нозологічним групам за 2010 – 2012 рр. / А.О. Керецман // Матеріали 68-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 26-27 лютого 2014 р. – С. 47–50.

12. Паліативна допомога при цирозі: зростання потреби / Н.О. Рингач, А.О. Керецман, В.О. Череватенко // Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних): громадськість та опікунські (наглядові) ради як інструмент залучення додаткових ресурсів для діяльності закладів соціального захисту та охорони здоров'я : матеріали III науково-практичної конференції, Київ, 26 березня 2014 р. – К. : "Талком", 2014. – С. 34–37. *(Дисертантом проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

13. Особливості захворюваності професійно-специфічного контингенту дорослого населення великого міста на хвороби травлення / Н.О. Рингач, А.О. Керецман, В.О. Череватенко // Матеріали XV Конгресу СФУЛТ. Чернівці-Київ-Чикаго. 16–18 жовтня 2014 р. – К., 2014. – С.102. *((Дисертантом узагальнено результати дослідження, підготовлено тези).*

14. Хвороби органів травлення в Україні: статеві особливості / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, присвяч. 210-річчю Харківського національного медичного університету, м. Харків, 21-22 квітня 2015 р. – Харків : ХНМУ, 2015. – С. 95–96. *(Дисертантом проведено дослідження, аналіз та узагальнення результатів, написано тези).*

15. Структурні особливості втрат внаслідок смертності: Україна та Європа / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // International Scientific-Practical Conference Modern Transformation of Economics and Management in the Era of Globalization:

Conference Proceedings. January 29, 2016. – Klaipeda : Baltija Publishing. – 2016. – P. 234–238. *(Дисертантом проаналізовано літературу, здійснено збір даних).*

16. Керецман А.О. Сучасні реалії смертності від злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області / А.О. Керецман // Матеріали 70-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 24 лютого 2016 р. – С. 33 – 37.

17. Керецман А.О. Демографічні втрати населення Закарпатської області від хвороб органів травлення / А.О. Керецман // Матеріали 71-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 27 лютого 2017 р. – С. 26 – 29.

18. Гендерні відмінності реальних і потенційних втрат внаслідок передчасної смертності в Україні / Н.О. Рингач, Л.Й. Власик, А.О. Керецман // Гендер. Екологія. Здоров'я: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, м. Харків, 20-21 квітня 2017 р. – Харків: ХНМУ, 2017. – С. 154–156. *(Дисертантом проведено аналіз наукової літератури за темою дослідження та обробка матеріалу).*

19. Керецман А.О. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб органів травлення серед дорослого населення Закарпатської області у 2006 – 2016 рр. / А.О. Керецман, І.М.Рогач // Матеріали 72-ї підсумкової конференції професорсько-викладацького складу ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, Ужгород, 27 лютого 2018 р. – С. 33 – 35. *(Дисертанту належить ідея підготовки публікації, здійснено збір даних і підготовку до друку).*

20. Керецман А.О. Обізнаність щодо здорового способу життя та дотримання його принципів / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Полтавські дні громадського здоров'я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Полтава, 24 – 25 травня 2018 р. – С. 15 – 19. *(Дисертантом проаналізовано літературу та узагальнено результати дослідження).*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

21. Керецман А.О. Культура харчування української учнівської молоді / Н.О. Рингач, А.О. Керецман // Освіта. Технікуми, коледжі. – 2017. – № 1,2 (42). – С. 122–127. *(Дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження).*

22. Визначення показника втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення: методичні рекомендації / А.О. Керецман, І.М. Рогач, Н.О. Рингач, Г.О. Слабкий // Ужгород, 2018. – 28 с. *(Дисертанту належить ідея підготовки методичних рекомендацій, збір та оформлення необхідних матеріалів та підготовка їх до друку).*

ДОДАТОК А–1

АНКЕТА

Для пацієнта гастроентерологічного профілю

Шановні пацієнти!

Вивчається питання стану гастроентерологічної допомоги населенню

Закарпатської області.

Просимо Вас відповісти на питання анкети. Ваші відповіді є важливими для оптимізації гастроентерологічної допомоги населенню. Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як на автора відповідей зроблено не буде. Дані опитування будуть використані в узагальненому виді виключно в наукових цілях.

Участь у дослідженні є добровільною.

1. Ваш вік (років): _____
2. Стать: **ч.** **ж.** (підкреслити потрібне)
3. Національність (до якої себе відносите): українець, росіянин, угорець, німець, циган, поляк, румун, білорус, інше (____) **(необхідне підкресліть)**

4. Зайнятість (підкресліть потрібне): працюю, навчаюсь, на пенсії за віком, на пенсії за інвалідністю, у декретній відпустці, тимчасово не працюю, інше (впишіть.....).

5. В якій зоні Закарпатської області Ви проживаєте (підкреслити потрібне):

А) низинній (р-ни Ужгородський, Мукачівський, Виноградівський, Берегівський)

Б) передгірській (р-ни Тячівський, Свалявський, Хустський, Перечинський, Іршавський)

В) гірський (р-ни Міжгірський, Воловецький, Рахівський, Березнянський)

6. Постійне місце проживання :

А) місто Б) село

7. Зріст.....см, вага.....кг

8. Освіта:

А) неповна середня В) спеціальна

Б) середня Г) вища

9. Ваш сімейний стан:

А) одинока (-ий) Б) заміжня / одружений

10. Ви вважаєте себе:

А) бідним Б) середнього рівня достатку В) заможним

11. З приводу якої хвороби Ви звернулись по медичну допомогу (відмітьте потрібне):

Гастрит, гастродуоденіт	
Виразка шлунку або 12- палої кишки	
Холецистит	
Панкреатит	
Хронічний гепатит	
Цироз печінки	
Хронічний виразковий коліт (хвороба Крона)	
Інше (впишіть)	

12. До гастроентеролога Ви звернулись самостійно(так) чи за направленням сімейного лікаря (так)? (необхідне підкреслити)

13. Це у Вас перший прояв хвороби (так) чи повторний, її загострення (так)? (підкреслити потрібне)

14. Чи перебуваєте Ви на диспансерному обліку (так), (ні) ? (необхідне підкреслити)

15. Від початку захворювання до звернення за медичною допомогою пройшло:

А) години

В) місяці

Б) дні

Г) роки

16. Якщо було зволікання із зверненням за медичною допомогою, що було причиною:

А) відстань до лікувального закладу
Д) брак коштів

Б) відсутність транспортного сполучення
Е) брак часу

В) відсутність фахівця в найближчому лікувальному закладі

Г) неможливість провести необхідну діагностику в найближчому лікувальному закладі

17. Якщо Вам вже доводилось лікуватись з приводу гастроентерологічного захворювання, то де саме?

А) в поліклініці (амбулаторно)

Б) в лікарні (стаціонарно)

18. Якщо через нездужання Ви не могли працювати (змушені були брати лікарняний листок), вкажіть, скільки днів це тривало (цифрою) _____

19. Якщо Ви витратили власні кошти на медичні цілі впродовж цього епізоду захворювання, вкажіть, приблизно, на яку суму _____, і на що саме:

Призначення	Сума, грн.
На медикаменти	
На діагностичні обстеження	
На лікувальні процедури	
На спеціальне харчування та мінеральні води	

Якщо так, то якому виду алкоголю надаєте перевагу:

А) горілка
В) міцні вина
Д) слабоалкогольні напої

Б) німецькі вина
Г) пиво

29. Якою є разова доза вживання алкоголю для Вас:

А) до 50 мл
В) 100 – 150 мл
Д) 200 – 250 мл
Б) 50 – 100 мл
Г) 150 – 200 мл
Е) більше 250 мл

30. Алкогольним напоям якого виробництва надаєте перевагу:

А) магазинного
В) власного
Б) домашнього (з місцевих ринків)

31. Чи відмовлялись Ви від алкоголю під час захворювання? (так), (ні) (підкресліть)

32. Чи палите Ви? (так), (ні) (потрібне підкреслити)

Якщо так, то скільки цигарок на день _____ (впишіть цифрою)

33. Чи відмовлялись Ви від куріння під час захворювання? (так), (ні) (підкресліть)

34. Чи вживаєте каву? (так), (ні) (потрібне підкреслити)

Якщо так, то скільки чашечок на день _____ (впишіть цифрою)

35. Чи відмовлялись Ви від вживання кави під час захворювання? (так), (ні) (підкресліть)

36. Чи вживаєте Ви нижче перераховані м'ясні продукти та яйця і з якою частотою (дайте відповідь по кожному продукту, відмітивши галочкою):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто
Свинина				
Телятин				
а				
Яловичина				
на				
а				
Курятин				
а				
Крільчатина				
ина				
Індичати				

на				
Печінка				
Сало				
Копчені вироби				
Ковбаси варені				
Дичина				
Дика птиця				
Яйця				

37. М'ясним продуктам якого походження надаєте перевагу (потрібне підкресліть): магазинного національного виробника, магазинного імпортного походження, власного виробництва, з місцевих ринків

38. Чи вживаєте Ви рибу та продукти моря і з якою частотою (дайте відповідь по кожному продукту, відмітивши галочкою):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто
Короп				
Сом				
Щука				
Форель				
Тріска				
Судак				
Хек				
Морські водорості				
Ікра				
Раки				
Креветки				

39. Рибним продуктам якого походження надаєте перевагу (потрібне підкресліть): магазинного національного виробника, магазинного імпортного походження, власного виробництва, з місцевих ринків.

40. Чи вживаєте Ви молоко та молочні продукти і з якою частотою (дайте відповідь по кожному продукту, відмітивши галочкою):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто
----------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

Молоко цільне				
Вершки				
Молоко згущене з цукром				
Молоко знежирене				
Сметан а				
Сир (творог)				
Бринза				
Сир твердий				
Сир плавлений				
Йогурт				
Кефір				
Ряжанка				
Морози во				
Молоко козяче				

41. Молочним продуктам якого походження надаєте перевагу(потрібне підкресліть): магазинного національного виробника, магазинного імпортного походження, власного виробництва, з місцевих ринків

42. Чи вживаєте Ви мучні продукти та зернові вироби і з якою частотою (дайте відповідь по кожному продукту, відмітивши галочкою):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто
Крупа гречана				
Крупа вівсяна				
Крупа кукурудзяна				
Крупа манна				
Крупа перлова				
Борошно вівсяне				
Борошно інше				
Хліб пшеничний				
Хліб ржаний				
Хліб				

кукурудзяний				
Рис				

43. Молочним продуктам якого походження надаєте перевагу (потрібне підкресліть): магазинного національного виробника, магазинного імпортного походження, власного виробництва, з місцевих ринків

44. Чи вживаєте Ви масла та жири і з якою частотою (дайте відповідь по кожному продукту):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто
Масло вершкове				
Маргарин				
Спред				
Олія соняшникова				
Олія льняні				
Олія оливкова				
Олія кукурудзяна				
Жир свинний				

45. Маслам і жирам якого походження надаєте перевагу (потрібне підкресліть): магазинного національного виробника, магазинного імпортного походження, власного виробництва, з місцевих ринків

46. Чи вживаєте Ви овочі та з якою частотою (дайте відповідь по кожному продукту):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто
Помідори				
Огірки				
Цибуля				
Капуста білокачанна				
Броколі				
Капуста цвітна				

Картопля				
Морква				
Редис або редька				
Кабачки				
Баклажани				
Буряк				
Петрушка				
Кольрабі				
Зелер				

47. Овочам якого походження надасте перевагу (потрібне підкресліть):
 магазинного національного виробника, магазинного імпортного походження,
 власного виробництва, з місцевих ринків

48. Чи вживаєте Ви фрукти, ягоди та продукти лісу і з якою частотою
 (дайте відповідь по кожному продукту):

Продукт і частота вживання	Ніколи або дуже рідко	1 – 2 рази на тиждень	1 – 2 рази на місяць	Щодня або дуже часто	Тільки в сезон
Яблука					
Груші					
Виноград					
Сливи					
Абрикоси					
Персики					
Полуниці					
Суніці					
Вишні					
Черешні					
Агрус					
Смородина					
Малина					
Дині					
Кавуни					
Апельсини					

Якщо так, то скільки разів на місяць _____ (впишіть цифрою)

55. Чи вважаєте Ви, що Ваш спосіб життя має вплив на стан здоров'я?

A) так

Б) Ні

56. Розмістіть у порядку значущості для Вас (впишіть рейтингове місце
напроти кожного цифрою від 1 до 5):

A) гроші

В) здоров'я

Д) мир

Б) щастя

Г) сім'я

Дякуємо за участь в дослідженні! Бажаємо Вам здоров'я!

Не заперечую проти використання наданої мною інформації для наукового дослідження

ДОДАТОК А-2

Ужгородський національний університет

AHKETA

експертної оцінки запропонованих інновацій та моделі

Шановні експерти !

Шановні експерти! Просимо Вас оцінити елементи запропонованої моделі за 10 бальною системою.

Анкета є анонімною, тому жодних посилань на Вас, як автора відповідей зроблено не буде.

Просимо вас відповідально віднестися до надання відповідей на питання анкети. Від якості Ваших відповідей буде залежати ефективність діяльності по зниженню смертності в наслідок хвороб органів травлення.

Дякуємо за порозуміння.

Просимо оцінити складові запропонованої моделі

Елемент моделі	бали
Модель в цілому	
Зміна способу життя населення	
Раннє виявлення та профілактика гастроентерологічних захворювань	
Безперервне підвищення якості медичної допомоги	
Міжсекторальний підхід	
Інформаційно - освітнє забезпечення знаннями по ХОТ	
Ефективний моніторинг, звітність та прозорість інформації про епідеміологію ХОТ в регіоні	
Ефективна діяльність системи громадського здоров'я	

Дякуємо Вам за відповіді.
Бажаємо доброго здоров'я!



Втрачені роки потенційного життя (ВРПЖ, YPLL) внаслідок передчасної смерті від хвороб органів травлення, людино-років на 100 тис. нас., за регіонами, 2013 р.

ДОДАТОК В–1

Структура вибірки за інтервальною оцінкою витрат

Сума витрат (грн)	Кількість респондентів
<1000	316 (61,0±2,1%)
1000–2000	95 (18,3±1,7%)
2000–3000	35 (6,8±1,1%)
3000–4000	32 (6,2±1,1%)
4000–5000	8 (1,5±0,5%)
5000–6000	11 (2,1±0,6%)
6000–7000	10 (1,9±0,6%)
7000–8000	2 (0,4±0,3%)
8000–9000	1 (0,2±0,19%)
9000–10000	2 (0,4±0,3%)
>10000	6 (1,2±0,5%)

ДОДАТОК В–2

Розподіл респондентів за наданням переваг певному виду національної кухні (%)

Кухня	Українська		Угорська		Німецька		Російська		Інше	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Гастрит	132	29,4%	16	31,4%	1	12,5%	6	37,5%	34	26,6%
Виразкова хвороба	52	11,6%	7	13,7%	2	25,0%	2	12,5%	23	18,0%
Холецистит	63	14,0%	4	7,8%	2	25,0%	5	31,3%	19	14,8%
Панкреатит	81	18,0%	8	15,7%	2	25,0%	2	12,5%	14	10,9%
Хронічний гепатит	54	12,0%	6	11,8%	1	12,5%	-	0,0%	13	10,2%
Цироз печінки	38	8,5%	9	17,6%	-	0,0%	-	0,0%	14	10,9%
Хронічний виразковий коліт	20	4,5%	1	2,0%	-	0,0%	1	6,3%	10	7,8%
Інше	9	2,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	1	0,8%
Всього	449	100,0%	51	100,0%	8	100,0%	16	100,0%	128	100,0%

ДОДАТОК В–3

Розподіл частоти вживання певних продуктів харчування серед населення
Закарпатської області

Продукт	Ніколи або дуже рідко	1-2 рази на місяць	1-2 рази на тиждень	Щодня або дуже часто
М'ясні продукти та яйця				
свинина	54 (8,37±1,09%)	163 (25,27±1,71%)	297 (46,05±1,96%)	131 (20,31±1,58%)
телятина	218 (34,17±1,88%)	223 (34,95±1,89%)	146 (22,88±1,66%)	51 (7,99±1,07%)
яловичин	255 (41,0±1,97%)	194 (31,19±1,86%)	122 (19,61±1,59%)	51 (8,2±1,1%)
а курятина	67 (10,4±1,2%)	180 (27,95±1,77%)	221 (34,32±1,87%)	176 (27,33±1,76%)
крільчати	279 (45,07±2,0%)	166 (26,82±1,78%)	125 (20,19±1,61%)	49 (7,92±1,09%)
на індичатин	303 (49,35±2,02%)	150 (24,43±1,73%)	123 (20,03±1,62%)	38 (6,19±0,97%)
а печінка	260 (41,8±1,98%)	169 (27,17±1,78%)	145 (23,31±1,7%)	48 (7,72±1,07%)
сало	154 (24,48±1,71%)	140 (22,26±1,66%)	200 (31,8±1,86%)	135 (21,46±1,64%)
копчені	177 (28,01±1,79%)	193 (30,54±1,83%)	195 (30,85±1,84%)	67 (10,6±1,22%)
вироби ковбаси	141 (22,1±1,64%)	175 (27,43±1,77%)	230 (36,05±1,9%)	92 (14,42±1,39%)
варені дичина	442 (71,99±1,81%)	73 (11,89±1,31%)	66 (10,75±1,25%)	33 (5,37±0,91%)
дика птиця	468 (76,22±1,72%)	65 (10,59±1,24%)	56 (9,12±1,16%)	25 (4,07±0,8%)
яйця	30 (4,62±0,82%)	50 (7,7±1,05%)	157 (24,19±1,68%)	412 (63,48±1,89%)
Риба та продукти моря				

короп	236 (37,46±1,93%)	287 (45,56±1,98%)	94 (14,92±1,42%)	13 (2,06±0,57%)
сом	412 (67,21±1,9%)	125 (20,39±1,63%)	71 (11,58±1,29%)	5 (0,82±0,36%)
щука	445 (72,71±1,8%)	98 (16,01±1,48%)	58 (9,48±1,18%)	11 (1,8±0,54%)
форель	412 (66,34±1,9%)	124 (19,97±1,6%)	74 (11,92±1,3%)	11 (1,77±0,53%)
тріска	383 (62,89±1,96%)	101 (16,58±1,51%)	104 (17,08±1,52%)	21 (3,45±0,74%)
судак	430 (70,61±1,85%)	89 (14,61±1,43%)	71 (11,66±1,3%)	19 (3,12±0,7%)
хек	145 (22,66±1,65%)	257 (40,16±1,94%)	167 (26,09±1,74%)	71 (11,09±1,24%)
морські водорості	498 (81,64±1,57%)	59 (9,67±1,2%)	38 (6,23±0,98%)	15 (2,46±0,63%)
ікра	473 (76,41±1,71%)	86 (13,89±1,39%)	47 (7,59±1,06%)	13 (2,1±0,58%)
раки	503 (82,32±1,54%)	60 (9,82±1,2%)	39 (6,38±0,99%)	9 (1,47±0,49%)
креветки	475 (77,36±1,69%)	78 (12,7±1,34%)	39 (6,35±0,98%)	22 (3,58±0,75%)
<i>Продовження таблиці</i>				
Молоко та молочні продукти				
молоко цільне	155 (24,11±1,69%)	92 (14,31±1,38%)	145 (22,55±1,65%)	251 (39,04±1,92%)
вершки	133 (21,25±1,63%)	243 (38,82±1,95%)	150 (23,96±1,71%)	100 (15,97±1,46%)
молоко згущене з цукром	215 (34,29±1,9%)	177 (28,23±1,8%)	149 (23,76±1,7%)	86 (13,72±1,37%)
молоко знежирене	224 (35,96±1,92%)	137 (21,99±1,66%)	120 (19,26±1,58%)	142 (22,79±1,68%)
сметана	32 (4,95±0,85%)	119 (18,39±1,52%)	233 (36,01±1,89%)	263 (40,65±1,93%)
сир (творог)	36 (5,58±0,9%)	152 (23,57±1,67%)	219 (33,95±1,86%)	238 (36,9±1,9%)
бринза	202 (32,42±1,88%)	156 (25,04±1,74%)	135 (21,67±1,65%)	130 (20,87±1,63%)
сир твердий	66 (10,43±1,21%)	169 (26,7±1,76%)	235 (37,12±1,92%)	163 (25,75±1,74%)
сир плавлений	92 (14,65±1,41%)	189 (30,1±1,83%)	200 (31,85±1,86%)	147 (23,41±1,69%)
йогурт	105 (16,61±1,48%)	182 (28,8±1,8%)	201 (31,8±1,85%)	144 (22,78±1,67%)
кефір	88 (13,75±1,36%)	174 (27,19±1,76%)	222 (34,69±1,88%)	156 (24,38±1,7%)
ряжанка	184 (29,82±1,84%)	162 (26,26±1,77%)	155 (25,12±1,75%)	116 (18,8±1,57%)
морозиво	154 (24,33±1,71%)	199 (31,44±1,85%)	174 (27,49±1,77%)	106 (16,75±1,48%)
молоко козяче	388 (62,99±1,95%)	66 (10,71±1,25%)	53 (8,6±1,13%)	109 (17,69±1,54%)
Мучні продукти та зернові вироби				
крупа гречнева	31 (4,81±0,84%)	106 (16,43±1,46%)	176 (27,29±1,75%)	332 (51,47±1,97%)
крупа вівсяна	63 (9,84±1,18%)	115 (17,97±1,52%)	119 (18,59±1,54%)	343 (53,59±1,97%)
крупа кукурудзяна	102 (16,09±1,46%)	176 (27,76±1,78%)	98 (15,46±1,44%)	258 (40,69±1,95%)
крупа манна	90 (14,15±1,38%)	167 (26,26±1,74%)	147 (23,11±1,67%)	232 (36,48±1,91%)

крупя	122	152	147	213
перлова	(19,24±1,57%)	(23,97±1,7%)	(23,19±1,68%)	(33,6±1,88%)
борошно	168	162	115	182
вівсяне	(26,79±1,77%)	(25,84±1,75%)	(18,34±1,55%)	(29,03±1,81%)
борошно	136	142	140	202
інше	(21,94±1,66%)	(22,9±1,69%)	(22,58±1,68%)	(32,58±1,88%)
хліб	85	97	109	355
пшеничний	(13,16±1,33%)	(15,02±1,41%)	(16,87±1,47%)	(54,95±1,96%)
хліб	265	107	98	153
ржаний	(42,54±1,98%)	(17,17±1,51%)	(15,73±1,46%)	(24,56±1,72%)
хліб	318	105	98	100
кукурудзяний	(51,21±2,01%)	(16,91±1,5%)	(15,78±1,46%)	(16,1±1,47%)
рис	33	142	173	295
	(5,13±0,87%)	(22,08±1,64%)	(26,91±1,75%)	(45,88±1,97%)
Масла та жири				
масло	51	71	160	364
вершкове	(7,89±1,06%)	(10,99±1,23%)	(24,77±1,7%)	(56,35±1,95%)
маргарин	208	185	109	122
	(33,33±1,89%)	(29,65±1,83%)	(17,47±1,52%)	(19,55±1,59%)
спред	237	147	129	108
	(38,16±1,95%)	(23,67±1,71%)	(20,77±1,63%)	(17,39±1,52%)
олія соняшникова	51(7,87±1,06%)	90 (13,89±1,36%)	155 (23,92±1,68%)	352(54,32±1,96%)
<i>Продовження таблиці</i>				
олія	354	109	70 (11,4±1,28%)	81
льняна	(57,65±1,99%)	(17,75±1,54%)		(13,19±1,37%)
олія	272	29 (20,61±1,0%)	111	114
оливкова	(43,45±2,18%)		(17,73±1,78%)	(18,21±1,8%)
олія	400	102	63	55
кукурудзяна	(64,52±1,92%)	(16,45±1,49%)	(10,16±1,21%)	(8,87±1,14%)
жир	169	87 (13,7±1,36%)	95	284
свинний	(26,61±1,75%)		(14,96±1,42%)	(44,72±1,97%)
Овочі				
помідори	31	121	154	341
	(4,79±0,84%)	(18,7±1,53%)	(23,8±1,67%)	(52,7±1,96%)
огірки	25	107	162	352
	(3,87±0,76%)	(16,56±1,46%)	(25,08±1,71%)	(54,49±1,96%)
цибуля	17	93	131	404
	(2,64±0,63%)	(14,42±1,38%)	(20,31±1,58%)	(62,64±1,9%)
капуста	21	162	195	266
білокачанна	(3,26±0,7%)	(25,16±1,71%)	(30,28±1,81%)	(41,3±1,94%)
броколі	201	144	136	145
	(32,11±1,87%)	(23,0±1,68%)	(21,73±1,65%)	(23,16±1,69%)
капуста	137	174	126	194
цвітна	(21,71±1,64%)	(27,58±1,78%)	(19,97±1,59%)	(30,74±1,84%)
картопля	13	45 (6,91±0,99%)	88	505
	(2,0±0,55%)		(13,52±1,34%)	(77,57±1,63%)
морква	47	88	118	393
	(7,28±1,02%)	(13,62±1,35%)	(18,27±1,52%)	(60,84±1,92%)
редис або	145	177	102	204
редька	(23,09±1,68%)	(28,18±1,8%)	(16,24±1,47%)	(32,48±1,87%)
кабачки	125	206	170	128
	(19,87±1,59%)	(32,75±1,87%)	(27,03±1,77%)	(20,35±1,61%)
баклажан	156	161	208	103
и	(24,84±1,72%)	(25,64±1,74%)	(33,12±1,88%)	(16,4±1,48%)
буряк	60	166	185	229
	(9,38±1,15%)	(25,94±1,73%)	(28,91±1,79%)	(35,78±1,89%)
петрушка	88	127	144	276

	(13,86±1,37%)	(20,0±1,59%)	(22,68±1,66%)	(43,46±1,97%)	
кольрабі	263 (42,28±1,98%)	127 (20,42±1,62%)	101 (16,24±1,48%)	131 (21,06±1,63%)	
зеллер	270 (43,41±1,99%)	92 (14,79±1,42%)	76 (12,22±1,31%)	184 (29,58±1,83%)	
Фрукти та продукти лісу					
Продукт	Ніколи або дуже рідко	1-2 рази на місяць	1-2 рази на тиждень	Щодня або дуже часто	Тільки в сезон
яблука	17 (2,61±0,63%)	46 (7,07±1,0%)	152 (23,35±1,66%)	377 (57,91±1,93%)	59 (9,06±1,13%)
груші	28 (4,35±0,8%)	62 (9,64±1,16%)	81 (12,6±1,31%)	216 (33,59±1,86%)	256 (39,81±1,93%)
виноград	23 (3,56±0,73%)	158 (24,46±1,69%)	64 (9,91±1,18%)	116 (17,96±1,51%)	285 (44,12±1,95%)
сливи	34 (5,26±0,88%)	122 (18,89±1,54%)	79 (12,23±1,29%)	59 (9,13±1,13%)	352 (54,49±1,96%)
абрикоси	73 (11,42±1,26%)	130 (20,34±1,59%)	51 (7,98±1,07%)	53 (8,29±1,09%)	332 (51,96±1,98%)
персики	79 (12,31±1,3%)	130 (20,25±1,59%)	47 (7,32±1,03%)	44 (6,85±1,0%)	342 (53,27±1,97%)
полуниці	43 (6,72±0,99%)	108 (16,88±1,48%)	46 (7,19±1,02%)	49 (7,66±1,05%)	394 (61,56±1,92%)
Продовження таблиці					
суниці	55 (8,58±1,11%)	77 (12,01±1,28%)	33 (5,15±0,87%)	44 (6,86±1,0%)	432 (67,39±1,85%)
вишні	46 (7,11±1,01%)	73 (11,28±1,24%)	34 (5,26±0,88%)	36 (5,56±0,9%)	458 (70,79±1,79%)
черешні	40 (6,22±0,95%)	66 (10,26±1,2%)	32 (4,98±0,86%)	33 (5,13±0,87%)	472 (73,41±1,74%)
агрус	78 (12,21±1,3%)	57 (8,92±1,13%)	31 (4,85±0,85%)	39 (6,1±0,95%)	434 (67,92±1,85%)
а смородин	51 (7,96±1,07%)	70 (10,92±1,23%)	42 (6,55±0,98%)	31 (4,84±0,85%)	447 (69,73±1,81%)
малина	38 (5,88±0,93%)	69 (10,68±1,22%)	45 (6,97±1,0%)	49 (7,59±1,04%)	445 (68,89±1,82%)
дині	74 (11,53±1,26%)	55 (8,57±1,1%)	25 (3,89±0,76%)	23 (3,58±0,73%)	465 (72,43±1,76%)
кавуни	56 (8,76±1,12%)	54 (8,45±1,1%)	20 (3,13±0,69%)	23 (3,6±0,74%)	486 (76,06±1,69%)
и апельсин	75 (11,81±1,28%)	233 (36,69±1,91%)	86 (13,54±1,36%)	71 (11,18±1,25%)	170 (26,77±1,76%)
и мандарин	67 (10,53±1,22%)	234 (36,79±1,91%)	123 (19,34±1,57%)	76 (11,95±1,29%)	136 (21,38±1,63%)
ківі	105 (16,54±1,47%)	205 (32,28±1,86%)	140 (22,05±1,65%)	74 (11,65±1,27%)	111 (17,48±1,51%)
банани	76 (11,86±1,28%)	218 (34,01±1,87%)	184 (28,71±1,79%)	92 (14,35±1,38%)	71 (11,08±1,24%)
лимони	93 (14,62±1,4%)	165 (25,94±1,74%)	184 (28,93±1,8%)	114 (17,92±1,52%)	80 (12,58±1,31%)
інжир	332 (53,21±2,0%)	103 (16,51±1,49%)	60 (9,62±1,18%)	43 (6,89±1,01%)	86 (13,78±1,38%)
гранат	195 (31,15±1,85%)	151 (24,12±1,71%)	102 (16,29±1,48%)	79 (12,62±1,33%)	99 (15,81±1,46%)
гірські ягоди (терен, яфини та ін.)	76 (11,95±1,29%)	41 (6,45±0,97%)	30 (4,72±1,84%)	11 (1,73±0,52%)	478 (75,16±1,71%)
ти сухофрук	159 (25,12±1,72%)	207 (32,7±1,86%)	131 (20,7±1,61%)	65 (10,27±1,21%)	71 (11,22±1,25%)
горіх	103	192	195	71	80

грецький	(16,07±1,45%)	(29,95±1,81%)	(30,42±1,82%)	(11,08±1,24%)	(12,48±1,31%)
горіх	194	155	144	46	94
лісовий	(30,65±1,83%)	(24,49±1,71%)	(22,75±1,67%)	(7,27±1,03%)	(14,85±1,41%)
арахіс	236	166	101	53	73
	(37,52±1,93%)	(26,39±1,76%)	(16,06±1,46%)	(8,43±1,11%)	(11,61±1,28%)
гриби	165	85	44	38	305
	(25,9±1,74%)	(13,34±1,35%)	(6,91±1,0%)	(5,97±0,94%)	(47,88±1,98%)

ДОДАТОК В–4

Топ-20 продуктів харчування, частота вживання яких впливає на формування структури захворюваності патологій органів травлення

Найменування продукту	p-величина	Рівень α
Крупа кукурудзяна	$2,9 \times 10^{-14}$	0,00048
Жир свинний	$1,1 \times 10^{-11}$	0,00096
Маргарин	$6,8 \times 10^{-11}$	0,0014
Крупа вівсяна	$3,3 \times 10^{-9}$	0,0019
Свинина	$2,4 \times 10^{-8}$	0,0024
Спред	$3,3 \times 10^{-8}$	0,0029
Огірки	$8,3 \times 10^{-8}$	0,0034
Броколі	$1,6 \times 10^{-7}$	0,0038
Капуста цвітна	$1,9 \times 10^{-7}$	0,0043
Рис	$2,3 \times 10^{-7}$	0,0048
Крупа перлова	$5,8 \times 10^{-7}$	0,0053
Редис або редька	$9,6 \times 10^{-7}$	0,0058
Помідори	$1,0 \times 10^{-6}$	0,0063
Крупа манна	$1,3 \times 10^{-6}$	0,0067
Борошно вівсяне	$2,0 \times 10^{-6}$	0,0072
Борошно інше	$4,0 \times 10^{-6}$	0,0077
Груші	$4,0 \times 10^{-6}$	0,0082
Морква	$9,9 \times 10^{-6}$	0,0087

Молоко знежирене	$1,2 \times 10^{-5}$	0,0091
Зеллер	$1,9 \times 10^{-5}$	0,0096

ДОДАТОК В–5

Розподіл продуктів харчування на пари в залежності від частоти їх вживання

Продукт1	Продукт2	Поліхорний кореляційний коефіцієнт ϕ
Помідори	Огірки	0,895
Раки	Креветки	0,836
Дичина	Дика птиця	0,795
Абрикоси	Персики	0,787
Крупа гречнева	Крупа вівсяна	0,770
Тріска	Судак	0,769
Кольрабі	Зеллер	0,754
Сом	Щука	0,742
Груші	Виноград	0,742
Олія льняна	Олія кукурудзяна	0,729
Апельсини	Мандарини	0,723
Маргарин	Спред	0,722
Броколі	Капуста цвітна	0,721
Раки	Ікра	0,711
Креветки	Ікра	0,711

ДОДАТОК В–6

Харчові продукти, відмінність у частоті вживанні яких найбільше визначає поділ на два кластери

Продукт харчування	Найбільш часте значення в кластері №1	Найбільш часте значення в кластері №2	t-статистика
Броколі	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	24,7
Зеллер	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	20,8
Молоко згущене з цукром	ніколи або дуже рідко	1-2 рази на тиждень	19,9
Груші	тільки в сезон	щодня або дуже часто	19,3
Олія льняна	ніколи або дуже рідко	1-2 рази на місяць	18,0
Спред	ніколи або дуже рідко	1-2 рази на місяць	17,6
Маргарин	ніколи або дуже рідко	1-2 рази на місяць	16,8
Виноград	тільки в сезон	щодня або дуже часто	16,4
Капуста цвітна	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	16,3
Ряжанка	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	15,6
Крупа кукурудзяна	1-2 рази на місяць	щодня або дуже часто	15,5
Кольрабі	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	15,4
Редис або редька	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	15,2
Молоко знежирене	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	15,1
Горіх лісовий	ніколи або дуже рідко	1-2 рази на тиждень	15,0
Олія кукурудзяна	ніколи або дуже рідко	ніколи або дуже рідко (але саме в цьому класі майже всі випадки відповіді «щодня і дуже часто»)	14,8
Огірки	1-2 рази на тиждень	щодня або дуже часто	14,7
Жир свинний	ніколи або дуже рідко	щодня або дуже часто	14,0
Баклажани	ніколи або дуже рідко	1-2 рази на тиждень	14,0
Кабачки	1-2 рази на місяць	щодня або дуже часто	13,8

ДОДАТОК Г–1

Мережа закладів охорони здоров'я Закарпатської області за біогеохімічними зонами (2016 р.)

Райони	ЦРЛ	РЛ	ЦПМСД	РП	МП	карніМіські	МДЛ	АЗПСМ	ФАП	рРайонний	іДільничні	Всього
Низинна зона												
Берегівський	1		1					24	19			45
Виноградівський		1				2		32	16			51
Мукачівський	1		2					34	45		3	85
Ужгородський		1	1			2		28	31			63
м. Ужгород			1		1	1	1	9				13
Всього	2	2	5		1	5	1	127	111		3	257
Передгірська зона												
Перечинський	1		1					12	10			24
Іршавський		1	1					33	11			46
Тячівський		2		1		1		29	34	1	4	72
Свалявський	1		1					13	14			29
Хустський		1	1	1				29	16			48
Всього	2	4	4	2		1		116	85	1	4	219
Гірська зона												
В. Березнянський		1	1					8	26			36
Рахівський		1	1			3		25	8		2	40
Воловецький	1		1					5	23			30
Міжгірський		1	1					12	32			46
Всього	1	3	4			3		50	89		2	152

Дуоденальне зондування	68	-	32						-	92	63	0/1150	3225
------------------------	----	---	----	--	--	--	--	--	---	----	----	--------	------