

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
«ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ, КЛІНІЧНОЇ ТА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ
МЕДИЦИНИ імені акад. М.Д. СТРАЖЕСКА»

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ
(посібник)

Київ - 2024

УДК 616.12-082

Д 46

Під редакцією:

Коваленка Володимира Миколайовича – Генерального директора
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини
імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України,
академіка НАМН України, професора, д.мед.н.,
заслуженого діяча науки і техніки України,

Корнацького Василя Михайловича – завідувача центром профілактичної
медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації,
член-кор. НАМН України, д.мед.н., професора,
заслуженого діяча науки і техніки України,
заступника Генерального директора ННЦ по науково-клінічній роботі

*Підготовлено робочою групою Центру профілактичної медицини,
соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації та інших фахівців:*

Манойленко Т.С., Кириченко А.Г., Корнацький Ю.В.,

Гандзюк В.А., Ревенько І.Л., Беляєва Т.В.

Д 46 Динаміка стану здоров'я населення в умовах війни в Україні : Посіб. /
Т. С. Манойленко, А. Г. Кириченко, Ю. В. Корнацький та ін.; за ред.
В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. Черкаси : Видавець О. М. Третяков, 2024.
100 с.

ISBN 978-617-7827-82-4

При підготовці посібника використані дані ВООЗ, Європейського
регіонального відділення ВООЗ, Державної установи «Центр громадського
здоров'я МОЗ України», за що висловлюємо вдячність співробітникам відділу
медичної статистики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Сазоновій І.Д., Стешенко І.Є., Сегін Л.В.

Рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів
охорони здоров'я та лікарів загальної практики

УДК 616.12-082

ISBN 978-617-7827-82-4

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	4
I. Війна та її вплив на здоров'я населення.....	5
1.1. Наслідки збройних конфліктів для здоров'я учасників бойових дій	5
1.2. Стрес і хвороби системи кровообігу. Посттравматичний стресовий розлад у постраждалих внаслідок бойових дій.....	8
1.3. Дослідження психосоматичних порушень у постраждалих внаслідок бойових дій військовослужбовців ЗСУ	10
1.4. Соціально-економічні наслідки негативного впливу на здоров'я населення за останні п'ять років (факти і прогнози).....	15
1.5. Вплив наслідків війни на здоров'я цивільного населення.....	18
1.6. Стратегія і тактика медичної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій (в умовах ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України).....	20
1.7. Патопсихологічне обстеження коморбідних пацієнтів.....	22
1.8. Дослідження механізмів психофізіологічної адаптації людини в екстремальних умовах для збереження і відновлення здоров'я	23
1.9. Підсумки.....	32
2. Здоров'я населення – світова проблема. Динаміка показників стану здоров'я населення у світі та європейському регіону за останні десять років.....	34
2.1. Пандемія COVID-19 негативно вплинула на десятирічний прогрес у підвищенні глобального рівня очікуваної тривалості життя та на здоров'я ..	36
2.2. Неінфекційні захворювання залишаються найбільш поширеною причиною смерті.....	36
2.3. Демографічна ситуація в Європейському регіоні ВООЗ.....	41
2.4. Демографічна та соціально-економічна ситуація в Україні.....	41
2.5. ВООЗ спрямовує зусилля на прискорення через уповільнення темпів зменшення показників стану здоров'я населення останні роки	45
2.6. Подолання перешкод на шляху досягнення цілей «три мільярди» у програмі «Цілі стійкого розвитку	46
2.7. Держави-члени ВООЗ домовилися надати результати своєї роботи на розгляд 77 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я	48
2.8. Європейська база даних «Здоров'я для всіх».....	49
ДОДАТОК Показники стану здоров'я населення Європи і світу.....	51
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ.....	96
Список використаних джерел.....	97

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ – артеріальна гіпертензія
БД-ЗДВ – база даних «Здоров'я для всіх»
ВРС – варіабельність ритму серця
ДТП – дорожньо-транспорті пригоди
ЗСУ – Збройні сили України
ІХС – ішемічна хвороба серця
МІ – мозковий інсульт
МППО – міждержавний переговорний орган
НГ – Національна гвардія
НІЗ - неінфекційні захворювання
НЗС – неінфекційні захворювання серця
ОЕСР - Організації економічного співробітництва та розвитку
ОТЖ - очікувана тривалість життя
ОТЗЖ – очікувана тривалість здорового життя
ПМД – первинна медична допомога
ПР – психічний розлад
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
РА – розлад адаптації
СБ – Світовий банк
ССЗ – серцево-судинні захворювання
ССР – соціально-стресові розлади
ТДС – тривожні депресивні стани
ТЖ – тривалість життя
ТІА – транзиторні ішемічні атаки
УБД – учасник бойових дій
ХСК – хвороби системи кровообігу
ЦВП – цереброваскулярна патологія
ЦНС – центральна нервова система
ЦСР – цілі стійкого розвитку
ФС – функціональний стан

1. ВІЙНА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1.1. Наслідки збройних конфліктів для здоров'я учасників бойових дій

Війна різнопланово впливає на здоров'я людини, зокрема на психіку та поведінку особистості, особливо військовослужбовця. Людина дуже вразлива перед потужними стрес-факторами війни, такими як небезпека, загибель товаришів, поранення, інвалідність, участь у насильстві, знищення противника, новизна, несподівані зміни подій, найвища відповідальність, біль та інше, що є головними хронічними, перманентно-стресовими наслідками. Особа змушена діяти всупереч своїй природі, наперекір інстинктам самозбереження, ігноруючи потреби власного організму, в ім'я над особистісних, соціальних цілей та інтересів, особливо в умовах бойового зіткнення з ворогом відносно однакової культури, релігії, мови.

З часів Корейської, В'єтнамської та Афганської війн, особливо, після військових зіткнень на території Чеченської Республіки, стало зрозуміло, що для значної частини військовослужбовців війна не закінчується з поверненням до мирного життя. Симптоми бойового стресу переходять у так звані «посттравматичні стресові розлади» (ПТСР), які можуть тривати десятиліттями, а в ряді випадків стають незворотними. Вони є наслідком того, що в умовах локальних військових конфліктів (після Другої світової війни більшість їх кваліфікуються як локальні), у їх учасників формуються розлади психіки, які можуть мати перебіг як на донозологічному рівні, так і у формі психічного захворювання, складаючи сутність бойової психічної травми та її наслідків. Ці прояви набувають широкого поширення тоді, коли в суспільстві відсутнє розуміння необхідності даного збройного конфлікту та його справедливості, а хід військових дій розходиться з усвідомленням його учасників про моральну допустимість вжитих операцій, або коли суспільство виявляється байдужим до їх результатів і долі їхніх учасників.

За офіційними даними, під час бойових дій у В'єтнамі загинуло близько 60 тисяч американців, а кількість самогубців з числа ветеранів ще в 1988 р. перевалило за 100 тисяч. Підраховано, що учасники війни (з хворою психікою) вносять істотний відсоток у загальний рівень злочинності країни. Для держави виявилось дешевше займатися здоров'ям колишніх бійців, ніж підраховувати збитки від їх злочинів. Саме тому міністерство у справах ветеранів США зайнялося цією проблемою, залучивши близько двохсот шпиталів і мережі психологів, де надається психотерапевтична допомога.

У перші п'ять років після завершення бойових дій, майже 50 % колишніх військовослужбовців відзначали дизадаптованість у суспільному житті, близько 10 % мали схильність до суїциду, ще майже 10 % допускали кримінальні порушення і навіть вбивства, а лише третина повернулись до відносно повноцінного мирного життя.

«В'єтнамський синдром» розвивався поступово, накопичуючи патологічні ознаки такі, як туга, біль, марення, нестійкість психіки, при якій навіть самі незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; боязнь нападу зі спини; вина за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Американські вчені визначили, що «трагічний пік» хворобливого стану прийшовся на 8-й після війни рік.

Емоційно-психічне перенапруження призвело до розвитку несприятливих психічних наслідків у 75 % учасників В'єтнамської війни, а серед поранених і калік ПТСР сягав 42 %. Встановлено, що чим триваліше солдати знаходились у бойових діях, тим більше були схильні до депресивних станів: 65 % чоловіків і 59 % жінок (їх учасників), страждали на ПТСР. Тому в США, в кінці 80-х років бюджет організацій, які здійснювали психологічну допомогу ветеранам, становив чотири млрд. доларів.

«Афганський синдром», у вузькому його розумінні, також є похідним від «в'єтнамського синдрому». Останній в США є медичним терміном,

об'єднуючим різні нервові та психічні захворювання, жертвами яких стали американські солдати і офіцери, які пройшли війну у В'єтнамі.

«Афганський» синдром – це соціально-психологічні зміни, що відбулися в особистості людини колишнього СРСР, яка брала участь в «афганській війні» і не змогла знайти себе в мирному житті.

Тестування, проведене на початку 1990-х років, показало, що як мінімум 35–40 % учасників війни в Афганістані гостро потребували допомоги професійних психологів. Повертаючись з війни, вони мали уявлення про початок нового життя «героя-захисника», але відчули, що їх ніхто не чекає, ніякої поваги до них немає. З'явилася гостра хвороблива чутливість до несправедливості, підлості, боягузтва та інших вад. При працевлаштуванні їх бойовий досвід сприймався як негативний фактор, що обумовлено їхньою прямолінійністю, вибуховим характером, не прогнозованою поведінкою.

У зв'язку з цим, ще в 80-ті роки розглядалися питання про реабілітацію «афганців», але оскільки повноцінне сучасне відновлювальне лікування дороговартісне, тому доступне переважно багатим країнам, хоча без його надання соціально-економічні втрати суспільства стають набагато більші.

Чеченський конфлікт, включаючи обидві війни, завдав колосальної шкоди. З 1991 по 2005 рр. постраждало понад 160 тис. осіб. На території Чеченської республіки, в ході контр-терористичної операції загинуло понад 10 тисяч, більше 70 тисяч отримали поранення, 14 тисяч стали інвалідами.

Відомо, що психогенні розлади не мають тенденції до зникнення. Навпаки, з часом у більшій частині випадків вони посилюються. Очікування того, що пройнуть роки, і все забудеться, не виправдовується. Ці синдроми йдуть по наростаючій і вимагають постійної корекції, незалежно від змін у суспільстві, соціального статусу воїна, бо можуть бути загрозливими.

Це особливо може проявитися в нашій державі тому, що бойові дії ведуться з противником, який у значній мірі має той самий генний код, мову, спільні традиції й культуру та релігію. Військові дії можуть мати ще більш вражаючі негативні наслідки для здоров'я постраждалих та суспільства, оскільки значна частина учасників були непрофесійними військовослужбовцями із невідповідною до втрат стресостійкістю в умовах війни. Збройний конфлікт ускладнює соціально-економічну і суспільно-політичну ситуацію, яка посилює хронічний стрес у абсолютної більшості громадян, а відповідно психосоматичні порушення.

1.2. Стрес і хвороби системи кровообігу. Посттравматичний стресовий розлад у постраждалих внаслідок бойових дій

За оцінками ВООЗ, в усьому світі від депресії страждає 3,8 % населення, тобто близько 280 млн осіб, а до 2030 року може бути першою по розповсюдженості причиною непрацездатності населення планети. Жінки більш вразливі до депресії, ніж чоловіки (20-26 % проти 8-12 % відповідно); до 20 % породіль стають її жертвами після пологів. Особлива небезпека депресії в тому, що вона може приводити до самогубства: щорічно у світі більше 700 000 осіб накладають на себе руки; суїцид посідає четверте місце серед основних причин смерті молодих людей у віці 15-29 років. Смуток і журба є станами, близькими до депресії, але вони не тотожні. Серед причин часто є відсутність чогось дуже бажаного, злі думки та інше; вони можуть бути і безпричинні, що у психіатрії називається *ендогенною депресією*.

Сучасна медична наука прагне розглядати людину в концепції біопсихосоціодуховної моделі, не відокремлюючи фізіологічні порушення від особистості пацієнта. Все більше досліджень доводить тісний зв'язок між психічним та соматичним благополуччям, що вказує на необхідність приділяти більше уваги емоційному стану пацієнтів. Як для наукових

досліджень, так і для практичної медицини не є новиною те, що певні характерологічні особливості можуть як ускладнювати так і прискорювати одужання, а наявність коморбідної психічної патології, негативні соціальні фактори мають додатковий патопластичний ефект. Важливим та актуальним в сучасних умовах є поєднання практичного досвіду та доказової бази у міждисциплінарних галузях, зокрема, інтеграція методів психологічної діагностики та психотерапевтичних підходів у загально-медичну мережу, що відповідає концепції піклування про здоров'я і якість життя людини.

Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смертності у світі, причому їх питома вага зросла за останні 15 років на 20 %. Сучасні медичні досягнення збільшили тривалість життя, але його якість залишається незадовільною, в тому числі, через *велику кількість емоційних, стресових розладів та психосоматичних симптомів*. Поширеність психосоматичних розладів – від 15 до 50 % у популяції. У медичній практиці такі порушення складають від 30 до 57 %. Крім того, деякі кардіологічні нозології, наприклад, артеріальна гіпертензія відносяться до «класичних» психосоматичних захворювань. Багато сучасних наукових досліджень доводять вплив психо-емоційних факторів на інші кардіологічні патології, зокрема інфаркт міокарду, ішемічну хворобу серця, серцеву недостатність.

Таким чином, хвороби серця та психічні розлади є взаємопов'язаними. Як коморбідні психічні розлади обтяжують перебіг, погіршують прогноз, так само і ССЗ можуть бути підґрунтям для виникнення тривожних, депресивних, посттравматичних стресових розладів тощо.

Крім того, патопластичний ефект можуть мати певні психологічні особливості людини та негативні психосоціальні фактори. Наприклад, багато досліджень стосовно підвищеного ризику серцево-судинної патології та подальших ускладнень у осіб дистресорного типу («тип Д»), але є й багато інших психологічних та соціальних факторів, що провокують, обтяжують перебіг, погіршують прогноз хвороб серця.

Все вище вказане актуалізує застосування психосоматичного підходу до кардіологічної патології. В сучасних умовах відбувається поступова інтеграція психосоматичних підходів у загально-медичну галузь, що пов'язано з наявністю великої кількості фактичних даних та високою соціальною та стратегічною значимістю цієї проблеми, що робить її актуальною для все більш широкого кола фахівців, зокрема долучення психосоматичних факторів до рекомендацій провідних медичних асоціацій.

Діагностика та вчасне коригування супутніх психічних порушень дозволяє знизити вираженість симптоматики, покращити прихильність до терапії, прискорити соціальну та трудову адаптацію, підвищити рівень якості життя, сформувати адекватну картину хвороби та ставлення до неї, розробити ефективні засоби профілактики порушень, пов'язаних зі стресом.

1.3. Дослідження психосоматичних порушень у постраждалих внаслідок бойових дій військовослужбовців ЗСУ

Центром профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, вже тривалий час проводяться дослідження психосоматичних порушень у постраждалих учасників бойових дій (УБД). З метою забезпечення належної медичної допомоги УБД, створено реєстр звернень, та ведеться спостереження за ними. Зокрема, їм надається різнопланова консультативно-лікувальна та медико-соціальна допомога, яка включає проведення ЕКГ, Холтерівського моніторингу ЕКГ та артеріального тиску (АТ), ехокардіографії (ЕхоКГ), навантажувальних діагностичних проб (ВЕМ), лабораторних досліджень та інших, за показами, в тому числі визначення рівня стресу.

При необхідності пацієнти госпіталізуються, чи спрямовуються в інші наукові Центри при супутній патології (кардіохірургічні, неврологічні, травматологічні, гастроентерологічні, отоларингологічні) для подальшого

лікування та діагностики. Майже 90 % пацієнтів, які брали участь у бойових діях, перебувають на обліку у психологів за місцем проживання, у військових госпіталах, реабілітаційних центрах, в інститутах НАМН.

Результати досліджень, проведених нашими колегами з Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, показали, що серед психічних розладів у військово-службовців збройних сил України (ЗСУ), бійців Національної гвардії (НГ), їх родичів і біженців, превалюють посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації (РА).

Центром профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України протягом 10 років (із 2014 р.) досліджувалися маркери підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів із стресовими розладами.

При вивченні ПТСР і РА головна увага була зосереджена на психологічних і психічних характеристиках зазначеної патології, з меншим акцентом на вивчення зв'язку із соматичним здоров'ям. Проте головні соціально-економічні наслідки ПТСР криються в асоціації останнього з підвищеним кардіо-васкулярним ризиком. Дослідження *генетичних, лабораторних та інструментальних маркерів* підвищеного серцево-судинного ризику в пацієнтів із стресовими розладами дозволить розробити індивідуальну профілактику та комплексне надання медичної допомоги хворим із ССЗ і супутніми розладами (травма, стрес тощо).

Було обстежено 450 осіб із зазначених нижче груп:

I. Учасники бойових дій з хворобами системи кровообігу:

1.1. ПТСР (F43.1 – 75 осіб)

1.2. РА (F43.2 – 75 осіб)

1.3. Без порушення психічного стану (75 осіб)

II. Учасники бойових дій без хвороб системи кровообігу:

2.1. ПТСР (F43.1 – 75 осіб)

2.2. РА (F43.2 – 75 осіб)

2.3. Без порушення психічного стану (75 осіб)

Критерії включення в дослідження:

1. Особи, віком від 18 до 60 років, які безпосередньо приймали участь у бойових діях та на момент проведення обстеження мають діагноз ішемічної хвороби серця (з інфарктом міокарду та без в анамнезі), гіпертонічної хвороби, поєднання ІХС із ГХ, кардіоміопатії та супутніми ПТСП чи РА.

2. Згода пацієнта на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

1. Менше 1 місяця від моменту бойових дій.
2. Гострий інфаркт міокарда.
3. Гостре порушення мозкового кровообігу.
4. Гострий або хронічний запальний процес будь-якої локалізації.
5. Відмова пацієнта.

Методи дослідження:

1. Клінічні:

1.1. Збір анамнезу.

1.2. Об'єктивне обстеження.

1.3. Клініко-психопатологічне обстеження за допомогою обраних клінічних та психодіагностичних шкал і тестів: анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб системи кровообігу; коротка шкала тривоги, депресії та ПТСП; клінічна діагностична шкала (CAPS); Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); шкала депресії А.Т. Бека; шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS); шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна; визначення стресостійкості та соціальної адаптації за методикою Холмса і Раге; бостонський тест на стресостійкість, а також шкала стресостійкості Коннора-Девідсона.

2. Лабораторні та інструментальні:

2.1. Варіабельність серцевого ритму.

2.2. Метаболічні біомаркери (холестерин і його фракції, альбумін).

Результати дослідження:

Середній вік обстежених вимушених переселенців (51,95±14,93).

Розподіл за нозологіями наступний:

1. Пацієнти з гіпертонічною хворобою I-III стадії – 32% (72 осіб);
2. Пацієнти з ІХС – 20 % (45 осіб);
3. Пацієнти з порушеннями ритму – 12 % (27 осіб);
4. Серопозитивний ревматоїдний артрит – 7 % (16 осіб);
5. Псоріатичні та ентеропатичні артропатії – 5 % (11 осіб).

Середній вік обстежених учасників бойових дій склав (43,81±10,00); вікові межі 19 – 54 роки,.

Розподіл обстежених за нозологіями такий: лівова частка (46 %) з гіпертонічною хворобою тієї чи іншої стадії, 20 % мали ішемічну хворобу серця, 11 % - міокардит, 7,6 % страждали на цукровий діабет.

Показники індексу маси тіла в межах норми відмічались у 42,3 %, тоді як 27 % мали надлишкову вагу, а 30,7 % - ожиріння того чи іншого ступеня.

Звертає на себе увагу поширеність порушення ліпідного обміну серед обстежених. Зокрема, гіперхолестеринемію спостерігали у 75,2 % обстежених, гіпертригліцеридемію – у 41,6 %, а комбіновану дисліпідемію (одночасне підвищення холестерину та тригліцеридів) – у 35,4 %.

Стосовно інших модифікованих факторів ризику серцево-судинної патології, то фізичною активністю займаються лише 11,5 %, курять – 57,3 %, зловживають алкоголем – 7,7 %. Остання цифра викликає багато сумнівів і, на нашу думку, проблема є набагато більшою, особливо серед досліджуваного контингенту. Однак питання зловживання алкоголем замовчується з огляду на можливий осуд з боку суспільства, а тому показник сумнівний.

Отримані результати дослідження засвідчують, що з 2014 року нестабільна соціально-політична ситуація в країні та військові дії призвели до погіршення психічного і соматичного здоров'я та підвищення серцево-

судинного ризику в значній частині населення (військові, а також потерпілі внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь).

ПТСР та РА, що по даним фахівців Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України превалюють як серед військових, так і цивільного населення, не можна розглядати лише як погіршення психічного здоров'я. Водночас вони є незалежними факторами ризику хвороб системи кровообігу.

У постраждалих внаслідок бойових дій є багато факторів ризику кардіоваскулярної патології, своєчасне виявлення та усунення яких можуть стати дієвими інструментами профілактики ХСК. Соціально-економічний наслідок недооцінки зазначених вище станів полягає у значному зростанні серцево-судинної патології серед працездатного населення.

Висновки:

1. З 2014 року нестабільна соціально-політична ситуація в країні та військові дії на Сході призвели до погіршення психічного здоров'я населення та підвищення серцево-судинного ризику в значній його частині (військовий контингент, який бере участь у бойових діях, а також потерпілі внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь) за рахунок перенесеного травматичного стресу і психо-соматичної патології.

2. Соціально-економічний наслідок недооцінки цих станів полягає у значному зростанні серцево-судинної патології саме серед працездатних.

3. Надання медичної допомоги повинно бути комплексним та включати консультацію психолога чи психотерапевта задля впливу на нові модифіковані фактори кардіоваскулярного ризику (ПТСР, РА і т.д.).

4. Боротьба з серцево-судинними факторами ризику, враховуючи їх розповсюдженість в учасників АТО, потерпілих внаслідок бойових дій і супутніх потрясінь, повинна починатись з первинної ланки.

5. Розробка та запровадження комплексних міжвідомчих програм медико-соціальної реабілітації як учасників бойових дій, так і потерпілих.

6. Створення державного реєстру постраждалих внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь (на зразок World Trade Center Registry).

1.4. Соціально-економічні наслідки негативного впливу на здоров'я населення за останні п'ять років (факти і прогнози)

Війна в Україні перешкодила відновленню після кризи, спричиненої COVID-19, що загрожує розвитку економіки, який ледве почався після двох років пандемії. За оцінкою провідних світових інституцій Світового банку (СБ) та Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) «втрачені можливості оцінюються майже в один трлн доларів лише цього року; більше за інших постраждають небагаті країни», а відповідно погіршиться рівень психо-соматичного здоров'я їх населення, оскільки за висновком ВООЗ - здоров'я, це комплекс соматичного, психічного і соціального благополуччя, що є основою збільшення середньої тривалості якісного життя громадян.

Світова економіка вже у 2022 р. зросла лише на 2,9 % проти попереднього прогнозу у 4,1 %. Крім війни, зростання гальмують безкінечний ковідний карантин. Існує ймовірність появи у світі нової смертоносною пандемії протягом 10 років, так званої «хвороби X», що ускладнить соціально-економічну ситуацію та негативно вплине на рівень здоров'я.

Під час будь-якої світової кризи *країни, що розвиваються*, традиційно біднішають стрімкіше за розвинуті, оскільки їхній запас міцності є меншим, а залежність від світових цін на харчі та паливо - вищою. COVID-19 і без того серйозно підірвав зростання доходів та скорочення бідності у них. Наслідки війни лише посилюють ці проблеми. У підсумку приблизно 40 % реальних доходів на душу населення таких країн так і не повернуться на доковідний рівень. А багатьом із них буде дуже складно уникнути рецесії.

Рецесія загрожує і Україні. За розрахунками СБ, ВВП України скоротилося на 45 % у 2022 р. і відновиться ще не скоро, а «наслідки війни відчуватимуться далеко за межами короткострокового прогнозу. Вона

залишить на тілі української економіки глибокі шрами - знищення підприємств, випалені поля, брак людських ресурсів».

Українські біженці, яких виїхало майже 5 млн, склали значні витрати Європі (26 млрд євро лише у 2022 р.). Дві третини цієї суми на їх прийом та розміщення. Ще близько 9 млрд євро потрібні на додаткове фінансування медицини та освіти. «Війна в Україні призвела до міграції населення історичного масштабу, якого не бачили з часів Другої світової. Кількість біженців із Сирії сягнуло 3 млн після двох років конфлікту, тоді як із України стільки ж виїхали за перші три тижні», - вважають в ОЕСР.

Але біженці з України - не лише витрати для Європи. Вони дозволять ЄС та іншим розвиненим західним країнам частково компенсувати нестачу робочої сили, що була однією з головних перешкод відновлення світової економіки після пандемії. «Приплив українських біженців, особливо освічених та кваліфікованих працівників, ймовірно матиме позитивний ефект на внутрішній попит і, у середньостроковій перспективі, на економічне зростання завдяки приросту працездатного населення», - відзначає Світовий банк. «Нормалізація ринку праці триватиме у 2022-23 роках, попри негативні наслідки війни в Україні. Із покращенням епідеміологічної ситуації зросте і частка економічно активного населення, а приплив мігрантів та поступове залучення українських біженців у ринок праці дозволить компенсувати нестачу робочої сили» - вказує ОЕСР щодо ситуації у Європі.

Через санкції та самообмеження західних трейдерів та енергетичного шантажу з боку Росії нафта подорожчала майже у 4,5 рази у номінальному обчисленні, якщо порівнювати із депресивними ковідними цінами. Такого різкого стрибка світ не знав від часів найбільшої нафтової кризи 1970-х. Європейські ціни на газ та вугілля також перевищили історичні рекорди.

Санкції та ембарго вплинули не лише на імпорт та експорт нафти і газу, але й решти товарів. Обмеження для кредиторів, страховиків та перевізників

поставили під удар приблизно 3 % світової торгівлі, підраховали економісти ОЕСР. Із 4,5 тисячі основних товарів у світі вони виділили ті, де частка Росії та України на світовому ринку перевищує 15 %, і отримали сотню позицій, найбільш вразливих для перебоїв під час війни. Головним чином це метали, продукти нафтопереробки та харчі.

Через підвищення кредитних ставок у США, спостерігаємо зміцнення долара, а подорожчання позик у валюті загрожує фінансовій стабільності багатьох країн, що розвиваються. Зростаючі кредитні ставки в доларах збільшують їхні витрати на рефінансування зовнішнього боргу. А також зменшують бажання інвесторів давати їм в борг у ситуації привабливіших умов у надійних західних позичальників, відзначають у СБ.

На жаль, зупинилася боротьба зі змінами клімату: зірвано плани «зеленої перебудови» економіки, які спиралися на заміну вугілля та ядерного палива на «чистий» природний газ. Німеччина закриває атомні станції, але готова спалювати вугілля. «Спроби запобігти енергетичній кризі обернулися панічним пошуком альтернативних постачальників вуглеводнів та збільшенням споживання вугілля. Це є тимчасовим рішенням, оскільки світ потребує чистих джерел енергії» - вважають в ОЕСР.

За визначенням ВООЗ, здоров'я - це комплекс соматичного, психічного і соціального благополуччя, а тому в умовах ускладненої соціально-економічної та суспільно-політичної ситуації, рівень здоров'я суспільства і середня тривалість якісного життя будуть проблемними та потребуватимуть стабільного покращання у якнайшвидшій перспективі.

1.5. Вплив наслідків війни на здоров'я цивільного населення

Психічне здоров'я та благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства. В результаті російської агресії і війни на сході України, анексії АР Крим, населення України масово потрапило під вплив потенційно травматичних подій. В результаті цих подій величезна кількість українців залишилися без житла, отримали фізичні та психічні травми, позбулися засобів до існування і, нерідко, доступу до медичної допомоги. Пандемія Covid-19 поглибила гуманітарну кризу, що позначилось на психічному здоров'ї населення.

Сьогодні поширеність психічних розладів (ПР) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я в Європейському регіоні, адже тут вони виступають однією з провідних причин інвалідності та помітною складовою загального тягаря хвороб. Внесок власне ПР у потенційні роки життя з інвалідністю (YLDs) внаслідок усіх НІЗ зараз становить 17 % як в ЄС, так і в Україні; частка ж психічних розладів у загальних втратах потенційних років життя (DALYs) від усіх НІЗ становить майже 8 % в ЄС та дещо менше в Україні (5 %), але достовірність показника сумнівна.

Рівень смертності від ПР в Україні в рази нижчий, ніж в країнах ЄР ВООЗ. Проте коректність міжнародних порівнянь смертності від психічних розладів у цьому випадку піддається сумніву через наявні відмінності підходів до вибору основної причини смерті й щодо шифрування діагнозів. Оцінка ж реальних масштабів смертності, зумовленої ПР, в межах країни також ускладнюється тим, що немало пацієнтів з ПР помирає від неприродних причин (зокрема, самогубств, певних нещасних випадків тощо).

З психічними розладами певною мірою асоціюється смертність від різних патологій нервової, серцево-судинної та інших систем, що пов'язані зі станом психічного здоров'я. Згідно з даними офіційної статистики, в Україні у 2019-2021 рр. внесок смертей від хвороб класу «розлади психіки й поведінки» у загальне число смертей - в межах 0,2 %. Чотири з кожних п'яти

смертей від ПР було спричинено розладами внаслідок вживання алкоголю або ж інших психо-активних речовин. Смертність чоловіків внаслідок ПР в Україні останніми роками в середньому в 4,5 рази перевищує смертність жінок; показник для сільського населення – у 2,5 рази вищий, порівняно з містянами. Тож найвищим рівнем смертності вирізняються сільські чоловіки: відповідний стандартизований показник для них більш ніж втричі перевищував коефіцієнт для всього населення України.

За наявними оцінками поширеність ПР в Україні охоплює близько 5 % населення. Для оцінки реального стану ця інформація є неповною.

Згідно з дослідженням **STEPS** (2019 р.), близько 30 % людей в Україні страждають на психічний розлад впродовж життя. Розлад, спричинений вживанням алкоголю, є найбільш поширеним серед чоловіків, тоді як депресія та тривожність є більш поширеними серед жінок. Кожен восьмий дорослий (12,4 %) мав симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії. При цьому, поширеність депресії майже вдвічі більша серед жінок (16,2 %), ніж серед чоловіків (8,7 %). Водночас лише кожна четверта особа з імовірною депресією (3,0 % від загальної кількості населення) була про це поінформована лікарем чи медичним працівником. Лише 0,4 % населення пройшли лікування антидепресантами або ходили на сеанси психотерапії.

Окрім цього, прослідковується тісний взаємозв'язок між погіршенням психічного здоров'я населення України та бідністю, безробіттям, що підсилюється впливом конфлікту. При цьому, особливо вразливими групами є: учасники бойових дій та люди, що проживають на сході України, внутрішньо-переміщені особи, а також люди похилого віку.

1.6. Стратегія і тактика медичної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій (в умовах ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України)

За даними останніх досліджень з'ясовано, що, незважаючи на всі переваги доказової медицини, неможливо обмежуватися тільки протоколами лікування. Надзвичайної актуальності сьогодні набуває персоніфікований підхід до терапії коморбідних психічних розладів, які за поширеністю займають друге місце після серцево-судинних.

Хвороби серця та психічні розлади є взаємопов'язаними: психічні розлади обтяжують перебіг ССЗ, погіршують прогноз, а серцево-судинні захворювання можуть бути підґрунтям для виникнення тривожних, депресивних, посттравматичних стресових розладів тощо.

Крім того, патопластичний ефект можуть спричиняти деякі психологічні особливості людини та негативні психосоціальні фактори. Наприклад, є багато досліджень стосовно підвищеного ризику серцево – судинної патології та подальших ускладнень у особистостей дистресорного типу («тип Д»), але є й багато інших психологічних та соціальних факторів, що провокують, обтяжують перебіг, погіршують прогноз хвороб серця і актуалізує застосування психосоматичного підходу до кардіологічної патології.

Все більше досліджень доводить тісний зв'язок між психічним та соматичним благополуччям. Відомо, що певні характерологічні особливості пацієнта можуть як ускладнювати, так і прискорювати одужання, а наявність коморбідної психічної патології, негативні соціальні фактори спричиняють додатковий патопластичний ефект віддалених наслідків війни.

Стратегія, що враховує вплив індивідуальних особистісних рис та психосоціальних факторів на перебіг захворювання та якість життя, впроваджується Центром профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та

регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, надаючи необхідну медичну допомогу військовослужбовцям.

1	Надання медичної допомоги військовослужбовцям:		
		2022 р.	2023 р.
	Амбулаторно	422	1448
	Стационарно	143	340
2	Діагностовано захворювання і рекомендовано лікування:		
	Амбулаторно:		
	Гіпертонічна хвороба	165	505
	Стенокардія	45	126
	Хронічна ішемічна хвороба серця	32	-
	Порушення ритму серця	60	84
	Міокардити	35	189
	Ревматичні захворювання	29	17
	Стационарно:		
	Гіпертонічна хвороба	48	110
	Стенокардія	29	56
	Гострий інфаркт міокарда	2	3
	Порушення ритму серця	34	58
	Серцева недостатність	1	-
	Міокардити	16	66
	Ревматичні захворювання	8	23
3	Дороговартісні обстеження та лікування були проведені:		
	Коронарографія	29	85
	Стентування коронарних судин	13	20
	Імплантація водія ритму	3	2
	Електрофізіологічні обстеження	3	8
	Радіочастотна абляція	4	7
4	Існує проблема в забезпеченні військовослужбовців: штучними водіями ритму серця (одно- та двокамерні), кардіовертерами-дефібриляторами, кардіоресинхронізуючими пристроями, електродами для проведення електрофізіологічних досліджень, стентами з лікувальним покриттям, а також реабілітаційними заходами		

1.7. Патопсихологічне обстеження коморбідних пацієнтів

У Центрі профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації ННЦ провели дослідження особистісних рис та психосоціальних факторів життя пацієнтів амбулаторного прийому і стаціонарних відділень; оцінили їх вплив на перебіг основного захворювання.

Всього фахівцями проконсультовано 198 пацієнтів ННЦ. З них – 37 з амбулаторного прийому, 161 – стаціонарних відділень.

Виявлено: депресивних розладів – 56 % (111 випадків), тривожних – 30,3% (60); на змішані: тривожні, депресивні, соматоформні, адаптації та інші припало 13,6 % (27). У всіх випадках проводились психоедукаційні бесіди з пацієнтами, спрямовані на роз'яснення специфіки симптомів, зниження тривоги, пов'язаної з певною стигматизацією психічних порушень, надавались рекомендації з профілактики і реабілітації стрес-асоційованих та стрес-індукованих розладів, модифікації способу життя.

Якщо дозволяв соматичний стан та особистісні риси пацієнта, зокрема, готовність до змін, відсутність «вторинної вигоди» від хвороби, налаштованість на співпрацю із лікарем тощо, за наявності показань, проводилась індивідуальна психотерапевтична робота, - напрямок, обсяг, форма та методика якої визначались індивідуально у кожному випадку. За наявності вираженої симптоматики, індивідуальна психотерапія поєднувалась із фармакотерапією коморбідної соматичної патології.

У випадках, коли індивідуальна робота не мала прогнозованої ефективності або показань, але були виявлені виражені симптоми психічних розладів, таких як: порушення сну, пригнічений настрій, клінічний рівень тривожних, панічних, депресивних синдромів; вегетативні симптоми, що обтяжували перебіг основного захворювання, ускладнювали процес лікування, погіршували прогноз, - призначались психофармакологічні засоби, з урахуванням особливостей основного захворювання.

Застосування патопсихологічного дослідження при роботі з кардіологічними пацієнтами надає можливість отримати більш повне та об'єктивне уявлення, та розробити індивідуальний план роботи, що відповідатиме особливостям та потребам даної особи.

1.8. Дослідження механізмів психофізіологічної адаптації людини в екстремальних умовах для збереження і відновлення здоров'я

Дослідження проводилося спільно із колективом військових-медиків, під керівництвом полковника медичної служби, професора, д.мед.н. Стеблюка Всеволода Володимировича, які були співвиконавцями наукової теми Центру профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації ННЦ, а її результати викладені у монографії «Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту» (2019 р.).

В процесі роботи застосовувалися методологічні підходи до психофізіологічної оцінки і прогнозування порушення функціонального стану хворих із ССЗ в умовах кардіологічного стаціонару; вплив на перебіг основного стрес-асоційованого захворювання в умовах війни.

Під адаптацією людини розуміють складний соціально-біологічний процес її пристосування як індивідуума до нових умов існування. Успішність діяльності людини в екстремальній обстановці визначається не стільки ступенем ефективності адаптаційного процесу, скільки здатністю індивіда певний час зберігати адекватність регуляції свого функціонального стану.

Основним типом емоційного реагування є астено-депресивний тип (44,1%), який проявляється в зниженому настрої, низькій працездатності та громадській активності. Другим за поширеністю є агресивно-експлозивний тип (17,5%), що виявляється в підвищеній збудливості, утрудненості соціальних контактів. Відзначено і інші типи реагування, але всі вони досить рідкісні і не настільки виражені, залежні від особистості.

Для більшості психотичних реакцій характерно наступне:

- високий рівень психічної напруженості;
- агресивність, озлобленість;
- схильність до афектів і імпульсивних розрядів внутрішньої напруги;
- зниження орієнтації на моральні норми і правила.

Поняттю адаптації може надаватися кілька значень:

а) адаптація використовується для позначення процесу, при якому організм пристосовується до середовища;

б) адаптація використовується для позначення відносин рівноваги (відносної гармонії), що встановлюється між організмом і середовищем;

в) під адаптацією розуміється результат пристосувального процесу;

г) адаптація пов'язується з якоюсь визначеною “метою”, до якої “прагне” організм у досягненні благополуччя.

Адаптивні реакції людини у відповідь на дію факторів середовища забезпечуються не окремими органами, а особливим чином організованими і субпідрядними між собою системами, що поєднують центри нервової системи і виконавчі органи, що належать до різних анатомо-фізіологічних структур. Виділяються наступні рівні: соціальний, соціально-психологічний, психологічний, фізіологічний, морфологічний і генетичний.

Адаптаційний процес можна розглядати на різних рівнях його протікання, тобто на рівнях міжособистісних відносин, індивідуальних поведінкових проявів, базових психічних функцій, психофізіологічної регуляції, фізіологічних механізмів забезпечення діяльності, функціонального резерву організму, здоров'я. У людини вирішальну роль відіграє психічна адаптація, значною мірою здійснюючи вплив на адаптаційні процеси, що відбуваються на інших рівнях реальної життєвої ситуації.

Поведінкові реакції в цей період несуть основну захисну функцію, що забезпечує мінімізацію дії адаптогенних факторів і перенапруги регуляції. Наступна фаза процесу адаптації характеризується тим, що “під прикриттям поведінкової адаптації починає формуватися нова програма розгортання регулюючих механізмів, починає будуватися нова структура гомеостатичного регулювання”. Наявність пошукової активності (незалежно від ефекту, що досягається) поліпшує психологічну і психофізіологічну адаптацію.

Коли пошук оптимальної програми закінчується, настає остання фаза адаптаційного процесу – фаза стабільної адаптації, яка характеризується стабілізацією показників адаптації, у тому числі параметрів ефективності діяльності, що встановлюються на новому, більш оптимальному рівні.

Дезадаптація може виникнути внаслідок короточасних і сильних впливів середовища на людину або під дією менш інтенсивних, але тривалих впливів. Вона виявляється в різних порушеннях діяльності: у зниженні продуктивності праці та її якості, у порушеннях дисципліни праці, у підвищенні аварійності і травматизму. Критеріями психофізіологічної адаптації вважаються стан здоров'я, настрої, рівень тривожності, ступінь стомлюваності, активність поведінки. Стійкі порушення психічної адаптації виявляються в клінічно виражених психопатологічних синдромах.

Дезадаптація характеризується зниженням адаптивності за рахунок зменшення резерву адаптації внаслідок зменшення активності організму. Дія факторів, що сприяють збільшенню працездатності, забезпечує відновлення втраченого рівня адаптації, що одержало назву реадaptaції.

Під дією психоемоційного стресу погіршується професійна надійність працівників та знижується працездатність, виявляються дизадаптаційні реакції. Особливо це стосується людей з порушенням стану здоров'я.

Використання психофізіологічних підходів надає значні можливості для проведення корекції функціональних станів (ФС) та відновлення

працездатності людей, у тому числі з хворобами серцево-судинної системи.

У міжнародній класифікації хвороб визначені нозологічні форми, що мають етіологічний зв'язок із впливом інформаційного чинника в умовах війни: психічні розлади та розлади поведінки (клас V), гостра реакція на стрес (F43), реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43.0), посттравматичний стресовий розлад (F43.1); фактори, що впливають на стан здоров'я населення й звернення до установ охорони здоров'я (клас XXI): потенційна небезпека для здоров'я, пов'язана із соціально-економічними й психосоціальними обставинами (Z55-Z65), проблеми, пов'язані з роботою та безробіттям (Z56), загроза втратити роботу (Z56.2), напружений робочий розклад (Z56.3), конфлікт із начальником і товаришами по службі (Z56.4), невідповідна робота (Z56.5), інше фізичне та психічне напруження в роботі (Z56.6); до депресій відносяться депресивні епізоди (F32), рекурентні депресивні розлади (F33) та інші.

Стрес, що виник під дією умов війни прийнято розподіляти, на дві групи – невисокої і підвищеної інтенсивності. На дію психогенних факторів при суспільно-політичній і соціально-економічній кризі організм людини відповідає “реакцією тривоги” в залежності від стресостійкості, при цьому розвиток патології може бути як стрес-індукований, так і стрес-асоційований.

“Реакція тривоги” завершується формуванням “стану резистентності” (стійкості) за рахунок мобілізації і компенсаторних механізмів організму. У цьому стані людина спроможна виконувати поставлені завдання. Під впливом стресу, що продовжується, “стан резистентності” змінюється фазою виснаження, що може бути загрозливою наслідками.

У практиці психології та фізіології праці для оцінки функціонального стану застосовуються різні методичні прийоми. В тому числі методика тестуючих навантажень, суть якої – у порівнянні показників якої-небудь функції до і після виконання дозованого стандартного навантаження або діяльності. Методика зручна, але отримані дані, як правило, неспецифічні для

конкретного функціонального стану по виду діяльності. Методика інтенсифікуючих навантажень заснована на вивченні динаміки показників при збільшенні на короткий проміжок часу інтенсивності конкретної діяльності, якою зайнята людина. Методика додаткових навантажень передбачає ускладнення звичайної для людини діяльності за рахунок додаткових.

Стосовно оцінки ФС людини також виділяють два підходи: моно- і поліпараметричний. Суть першого підходу у використанні для оцінки стану організму показників функціонування однієї із систем, зазвичай, ЦНС, серцево-судинної, респіраторної, вегетативної або системи крові. Найбільш характерним прикладом такої оцінки може служити метод варіаційної пульсометрії: розглядати серцево-судинну систему як індикатор адаптаційних реакцій цілісного організму, а частоту серцевих скорочень як інтегральний показник, що чутливо реагує на зміну ФС людини. По даним R-R інтервалів кардіограми розраховуються статистичні показники серцевого ритму, визначається індекс напруги, будується гістограма розподілу варіаційної пульсограми і кореляційна ритмограма. Аналіз динамічних характеристик серцевого ритму дозволяє оцінювати характер діяльності серцево-судинної системи й прогнозувати ФС людини.

Найбільш істотним недоліком монопараметричного підходу є неспецифічність спостережуваних змін показників для конкретних ФС. У цьому випадку правильно говорити не про оцінку і тим більше прогнозування ФС, а про визначення ступеня активності й напруги функціонування.

Вважається загально визнаним, що оцінити ФС людини, особливо військового або фахівця на відповідальній посаді, можливо реалізацією поліпараметричного підходу з використанням комплексу діагностичних методик. Це обумовлене тим, що під ФС розуміється системна відповідь організму на конкретну діяльність, що володіє достатнім ступенем стійкості і

допускає в певних межах коливання окремих показників за умови збереження структури взаємодії цих функцій між собою. Тому при оцінці ФС важливо виявляти не тільки кількісні або якісні характеристики показників різних систем, але й ступінь їх взаємодії.

Провідним принципом інтегральної оцінки ФС є співставлення досліджуваних показників з результатами праці людини. Мінливість ФС під впливом різних факторів середовища проживання, тривалості й характеру діяльності визначають необхідність його вивчення безпосередньо в процесі роботи, на його різних етапах або в ході адекватного моделювання основного виду трудової діяльності.

Описовий характер уявлення про функціональний стан людини не дозволяє адекватно оцінити всю спостережувану різноманітність змін різних показників. Тому поліпараметричний підхід реалізується шляхом формування різних інтегральних показників, які розраховуються у вигляді середньо-арифметичного або середнього-геометричного значення показників, що реєструються. Істотним недоліком такого інтегрального показника є ігнорування великої варіабельності значень окремих показників і не врахування різної значимості показників у підсумковій оцінці.

Одним з підходів до оцінки працездатності є вимірювання “ціни діяльності”, тобто необхідних для її виконання психологічних і фізіологічних витрат організму. Це дуже важливий показник оскільки в ході виконання будь-якої діяльності завжди настає період, коли результативна сторона діяльності залишається на попередньому рівні, а психофізіологічні витрати зростають.

На підставі зазначених критеріїв усі ФС поділяються на припустимі й неприпустимі. Питання про належність до того або іншого класу вирішується індивідуально в кожному конкретному випадку. Не можна вважати стан неприпустимим тільки тому, що він приводить до зниження ефективності діяльності і є наслідком виснаження психо-фізіологічних

резервів. Неприпустимою є така вираженість втоми, при якій ефективність діяльності виходить за нижню межу заданих параметрів (оцінка за критерієм надійності) або з'являються ознаки перевтоми (оцінка за критерієм ціни діяльності).

На підставі критерію адекватності реакції відповіді організму, всі стани можна поділити на дві групи – адекватної мобілізації і динамічної неузгодженості. Стани адекватної мобілізації характеризуються повною відповідністю ступеня напруги функціональних систем організму вимогам, що пред'являються конкретною діяльністю. Цей стан може порушуватися під впливом різноманітних причин: тривалість, підвищена інтенсивність, втома тощо. У цьому випадку виникають функціональні стани динамічної неузгодженості, при яких реакція відповіді організму неадекватна навантаженню або психофізіологічні витрати перевищують його можливості.

При оцінці ФС важливо відзначити, що не всі показники рівнозначні за своєю діагностичною цінністю. Так, питома вага різних характеристик серцево-судинної системи, наприклад варіабельності ритму серця (BPC), у підсумковій оцінці функціонального стану значно вища, ніж багатьох інших показників. Це пов'язане з тим, що вони є неспецифічними інтегруючими, що чутливо реагують не тільки на зміни в енергетиці організму, але й на зрушення в роботі активаційних структур.

Таким чином, програма оцінки функціонального стану людини, особливо військового або фахівця високого рівня, і прогнозування надійності їх професійної діяльності в екстремальних умовах є актуальною.

Разом з тим визнається, що конкретному виду, змісту професійної діяльності повинні відповідати певні психологічні, фізіологічні та інші параметри оцінки функціональної надійності і певний рівень їх змін.

Незважаючи на численні дослідження і теоретичну розробленість, прикладні факти цієї проблеми залишаються недостатньо вивченими.

Існуючі в цей час психофізіологічні підходи до прогнозування професійної діяльності людини в особливих умовах праці (екстремальних і бойових) мають різноспрямований характер. Це вимагає створення комплексного підходу до оцінки функціональної надійності відповідального працівника, заснованого на діагностиці ФС і резервних можливостей організму. Крім того, дослідження функціональної надійності людини в кризових умовах обумовлює необхідність подальшого розвитку єдиних поглядів на форми й рівні прояву функціональних станів (від нормальних до патологічних) та їх різноманітних впливів на ефективність професійної діяльності.

Особливості стресу в умовах суспільно-політичної і соціально-економічної кризи останніх років полягають у дії таких чинників: інтенсивності стрес-фактору, раптовості, небезпеці, тотальному впливу на великі групи людей, а також тривалим і важким перебігом пост-екстремальних психічних розладів, тривалістю відриву від батьківщини (заробітчани), незвичною географічною, кліматичною і культурною обстановкою, особливостями взаємин із місцевим населенням, недостатністю інформації про реальну обстановку, її динамічність та важкість прогнозування, необхідністю свідомо знаходитися в загрозовій для життя ситуації.

Для оцінки ступеню адаптації людей та зміни у їх функціональному стані в екстремальних умовах виділяють групи критеріїв: *об'єктивні* – успішність виконання службових обов'язків, показники суспільної активності, загальної і професійної спрямованості, стабілізація рівня індивідуально-типологічних та когнітивних функцій (увага, пам'ять, мислення); нормалізація функціонально-діагностичних і електрофізіологічних показників ЦНС та серцево-судинної системи; *суб'єктивні* – самооцінка функціонального стану, рівень тривожності, агресивності тощо.

Наявні психофізіологічні підходи до прогнозування можливих змін у функціональному стані людини і відповідно адекватності їх поведінки під впливом екстремальних умов життя і діяльності носять фрагментарний характер і не враховують вплив ситуації, що склалася в Україні під час війни. Це вимагає розробки нових психофізіологічних критеріїв оцінки і прогнозування зміни ФС організму людини в умовах, пов'язаних з підвищеною небезпекою, для профілактики розвитку дизадаптації (невротичні та психічні розлади, пресуїцидальні стани, серцево-судинні порушення тощо) в ускладнених суспільно-політичних і соціально-економічних умовах.

1.9. ПІДСУМКИ

- Психоневрологічні розлади є другими за значимістю після ССЗ та складають 12 % від усіх захворювань. У найближчому майбутньому можна очікувати втрату внаслідок інвалідності від психоневрологічних розладів близько 15 % років життя. Психосоціальний дистрес, та асоційовані з ним тривога та депресія, визнані незалежними факторами ризику ХСК.

- Світовий показник психогенних порушень внаслідок локального військового конфлікту становить 10-25 %. ПТСР становить 10-50 % від усіх медичних наслідків бойових дій як психосоматичної патології.

- Найбільш частими причинами звернень до ННЦ були порушення серцевого ритму і кризовий перебіг гіпертонічної хвороби, здебільшого внаслідок закритої бойової травми (контузії головного мозку і серця), а також міокардити, як наслідку перенесеного в анамнезі ковіду або будь якої гострої респіраторної вірусної інфекції.

- Фактори стресу воєнного часу мають нерівнозначний за величиною та наслідками вплив на показники здоров'я, морально-психологічний стан військових та цивільного населення, оскільки є індивідуальними.

- Психоемоційні стрес-фактори мають більш виражений вплив, ніж фізичні стресори, що потребує розробки та реалізації комплексної програми протидії стресу, вироблення стресостійкості та пост-стресорної реабілітації.

- Особливої уваги потребують питання своєчасного проведення реабілітаційних та ре-адаптаційних заходів для ветеранів та учасників бойових дій, серед яких такі, що отримали контузії.

- Своєчасне проведення комплексу заходів медико-психологічної реабілітації УБД дозволить відновити психофізичний стан досвідчених військових та сприятиме підвищенню боєздатності підрозділів.

- Перехід до мирного життя є додатковим психо-травмуючим фактором, який потребує створення умов для полегшення ре-соціалізації. Вирішення медико-соціальних та соціально-психологічних проблем УБД потребує створення системи реабілітаційної допомоги на основі мультидисциплінарного підходу, з метою комплексності лікувально-корегуючого впливу, максимально до них наближеної. Впровадження комплексних заходів і програм реабілітаційної допомоги та соціального захисту військовослужбовців, постраждалих та родин загиблих виступає фактором стабільності суспільства у повоєнному житті.

- Коморбідна патологія тривожного та депресивного спектру потребує адекватної діагностики та лікування хвороб системи кровообігу. Ефективність корекції розладів тривожного та депресивного характеру досягається поєднанням фармако- і психотерапії. Залучення психолога або психотерапевта до лікування дозволить знизити ризик розвитку психогенних порушень. Корекція психічного здоров'я та психологічний супровід мають бути складовими тривалої комплексної кардіологічної допомоги.

2. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ – СВІТОВА ПРОБЛЕМА.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ У СВІТІ ТА ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНУ ЗА ОСТАННІ ДЕСЯТЬ РОКІВ

(дані Європейського бюро ВООЗ, оновлення 24.01.2024 року)

Здоров'я народу є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю, значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і національну безпеку, є соціальним критерієм благополуччя.

Рівень здоров'я громадян, а відповідно їх середня тривалість якісного життя, формується під впливом визнаних у світі чотирьох складових: природних (генетичних і екологічних) та соціально-економічних, суспільно-політичних умов, а також здоровоохоронних і медичної допомоги.

В період пандемії COVID-19 і воєнного стану питання, щодо стану здоров'я громадян, загострилися.

2.1. Пандемія COVID-19 негативно вплинула на десятирічний прогрес у підвищенні глобального рівня очікуваної тривалості життя та на здоров'я

В останньому виданні доповіді «Світова статистика охорони здоров'я» (англійською мовою) зазначається, що лише за два роки пандемія COVID-19 повернула назад тенденцію стійкого зростання очікуваної тривалості життя (ОТЖ) при народженні і очікуваної тривалості здорового життя при народженні (ОТЗЖ).

За період 2019-2021 рр. у всьому світі показник ОТЖ знизився на 1,8 роки і склав 71,4 роки, тобто повернувся до рівня 2012 р. Аналогічно, за 2021 р. глобальна очікувана тривалість здорового життя знизилась на 1,5 роки і склала 61,9 роки (рівень 2012 р.).

У доповіді за 2024 р. вказано, що в усьому світі наслідки пандемії проявляються нерівномірно. Найбільше постраждали регіони ВООЗ країн Америки і Південно-Східної Азії, в яких за період 2019-2021 рр. ОТЖ скоротилася на 3 роки, а ОТЗЖ - на 2,5 роки. На відміну від них за перші два роки пандемії Регіон Західної частини Тихого океану постраждав найменше - показник ОТЖ знизився менше ніж на 0,1 роки, а показник ОТЗЖ - менше ніж на 0,2 роки.

У зв'язку з цим, Генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейєсус заявив, що нова Угода по боротьбі з пандеміями має таке велике значення не тільки для посилення санітарно-епідеміологічної безпеки у всьому світі, але і для захисту довгострокових інвестицій в охорону здоров'я і допомозі у забезпеченні справедливості всередині країн і між ними».

Група нідерландських вчених під керівництвом доцента Саскії Мостерт опублікували результати дослідження надлишкової смертності від COVID-19, вказавши, що у 47 країнах Заходу від ковіду померли більше 3 млн людей (журнал *BMJ Public Health*).

Незважаючи на масову вакцинацію, надлишкова смертність від COVID-19 фіксувалася у 47 західних країнах, де від прямих і побічних наслідків коронавірусної інфекції загинуло більше трьох мільйонів людей у 2020-2022 роках. «Рівень надлишкової смертності залишався дуже високим в країнах Заходу протягом усіх трьох років пандемії, незважаючи на масову вакцинацію населення і впровадження різних заходів, спрямованих на стримування розповсюдження вірусу», - говориться у публікації.

Дослідники виявили, що уникнути значного росту числа смертей змогли Гренландія, Данія, Люксембург, Нова Зеландія, Австралія і Канада, в той час як рівень надлишкової смертності виріс у Литві, США, Чехії, Словачії, Хорватії, Болгарії та низці інших розвинутих країн.

Після аналізу даних пацієнтів, госпіталізованих із COVID-19 у 2020-2023 рр., експерти ВООЗ зробили висновок: переважаюча більшість із них отримувала антибактеріальну терапію без гострої необхідності. Це стало причиною значного зростання антибіотикорезистентності. Ці висновки опубліковані на сайті організації.

Автори доповіді виявили, що антибіотики «про всяк випадок» призначали приблизно трьом із чотирьох пацієнтів (75 %), а така необхідність була лише у 8 %. При цьому частота призначення антибактеріальних препаратів була вище у Східному Середземномор'ї і Африці і досягала 83 % випадків, тоді як у Західно-Тихоокеанському регіоні такий показник складав 33 %.

Також повідомляється, що частіше (81 %) антибіотики призначали тим, у кого перебіг хвороби був тяжким і тим, хто був у критичному стані. Але за даними вчених, призначення антибіотиків не покращувало перебіг захворювання у пацієнтів з COVID-19, тоді як їх невіправдане використання підвищило вірогідність поширення антибіотикорезистентності у світі.

2.2. Неінфекційні захворювання залишаються найбільш поширеною причиною смерті

Коронавірусна інфекція COVID-19 швидко стала однією із провідних причин смерті і посіла третє місце серед самих розповсюджених причин смерті у світі у 2020 р. і друге місце в 2021 р. За цей період вона забрала життя майже 13 млн осіб. Згідно останнім оцінкам, за виключенням Африканського регіону і Регіону Західної частини Тихого океану, ці два роки COVID-19 входив у *п'ятірку основних причин смерті у світі* і став основною причиною смерті в Регіоні країн Америки.

У доповіді ВООЗ за 2024 р. також підкреслюється, що до пандемії основними причинами смерті були неінфекційні захворювання (НІЗ), такі як ішемічна хвороба серця та інсульт, рак, хронічна обструктивна хвороба легень, хвороба Альцгеймера та інші види деменції, а також діабет. У 2019 р. на них припадало 74 % усіх випадків смерті. Навіть під час пандемії НІЗ залишалися причиною 78 % випадків смерті, не пов'язаних з COVID-19.

Якщо ця тенденція збережеться, то, за прогнозом, до середини століття на НІЗ буде припадати близько 86 % із 90 мільйонів щорічних смертей; тобто, 77 мільйонів випадків смерті будуть спричинені НІЗ, що складе майже 90 %-й приріст у абсолютному вираженні з 2019 р.

ВООЗ також вперше надала доповідь про згубні глобальні наслідки високого артеріального тиску. У доповіді зазначається, що на гіпертонію страждає кожна третя доросла людина, а приблизно четверо із п'яти хворих на гіпертонію не отримують необхідного лікування. Усе ж є сподівання, що збільшуючи охоплення адекватною допомогою хворих на гіпертонію, країни зможуть у період із 2024 по 2050 р. запобігти 76 млн випадків смерті.

Ціла низка країн світу вже нарощують заходи по боротьбі з «тихим вбивцею». Індія приступила до реалізації масштабної ініціативи, покликаної до 2025 р. забезпечити скринінгом і стандартним лікуванням 75 млн осіб, які страждають на гіпертонію і діабет. Філіппіни розширюють свою програму з профілактики і веденню серцево-судинних захворювань (ССЗ). Для допомоги країнам Америки 33 країни регіону ВООЗ вже розгорнули роботу медичних служб з попередження ССЗ і боротьби з ними.

ВООЗ звернула увагу на чотири фактори, які суттєво скорочують тривалість життя. «Алкоголь, тютюн, продукти ультра високої переробки (їжа промислового виробництва), викопне паливо (вугілля, нафта), спалювання якого забруднює атмосферу, щорічно забирають життя мільйонів

людей. Вони є причиною 19 млн щорічних смертей в усьому світі (34 % усіх). В країнах ЄС з цих причин вмирає 2,7 млн осіб».

Високе споживання продуктів ультра високої переробки сприяє розвитку ССЗ, ожирінню, діабету другого типу, депресії, порушенню сну, а також підвищує на 30 % ризик деменції. Багаточисельні етапи обробки, які змінюють структуру їжі, можуть вплинути на процес травлення, засвоєння корисних речовин і відчуття ситості. До того ж у процесі переробки можуть утворюватися потенційно шкідливі сполуки - акролеїн, акриламід, фурани, гетероциклічні аміни, промислові трансжирні кислоти, поліциклічні ароматичні кислоти тощо.

Пропозиції покращити ситуацію зустрічають опір великих корпорацій, які контролюють відповідні виробництва. Об'єднавшись у потужні транснаціональні корпорації вони проводять політичне і правове лобіювання своїх інтересів, задля отримання максимального прибутку. Це створює труднощі у прийнятті нормативних актів для підтримки інтересів суспільства (включно із заходами по збереженню здоров'я людей).

Агресивна реклама і маркетинг, викривлення інформації про користь і шкоду продуктів вводять споживачів в оману. У групі ризику знаходяться найбільш довірливі люди.

«Така тактика загрожує досягненням у системі охорони здоров'я за останнє століття і заважає країнам досягти своєї мети на збереження здоров'я. ЄБ ВООЗ готове до співпраці з політиками для підсилення тактики захисту від шкідливого впливу промисловості та його зниженню», - відмітив голова ЄБ ВООЗ Ханс К्लюге, - «люди важливіші прибутків».

Всесвітня федерація серця у травні 2024 р. опублікувала доповідь про зростання смертності від захворювань серця через забруднення повітря: за 2010-2019 рр. смертність збільшилась на 27 %. У 2019 р. з цієї причини

померло 70 % від усіх смертей, зокрема від інсультів 900 тисяч осіб, ще два мільйони - від ішемічної хвороби серця.

Забруднення повітря спричиняє низка причин: викиди транспортних засобів і хімічної промисловості, газ, яким опалюють будинки, побічні продукти виробництва електроенергії.

До небезпечних речовин природного походження відноситься дим лісових пожеж, попіл вулканів і газу (метан), які утворюються в результаті розкладання органічних речовин у ґрунті.

Більшість смертей, зазначено у доповіді, сталися в країнах з низьким або середнім рівнем доходу через відсутність доступу до електрики і приготування їжі на газу. А більше **двох мільярдів** людей в усьому світі використовують такі шкідливі види палива, як вугілля і відходи рослинництва.

Всесвітня федерація серця вважає, що дієта, багата фруктами, овочами, клітковиною, білком, збагачена жирними кислотами Омега-3, при використанні за потребою ліків, може запобігти серцево-судинним наслідкам забруднення повітря.

Значна увага приділяється ВООЗ охороні психічного здоров'я. З моменту свого створення у 2019 році, *Спеціальна ініціатива ВООЗ з охорони психічного здоров'я* допомогла забезпечити психіатричною допомогою за місцем проживання додатково 50 млн осіб, із яких не менше 320000 жінок, чоловіків, дівчат і хлопців, почали вперше отримувати допомогу через психічні, неврологічні і наркологічні розлади. Спеціальна ініціатива реалізується на території шести регіонів ВООЗ - в Аргентині, Бангладеш, Гані, Йорданії, Непалі, Парагваї, Філіппінах, Україні і Зімбабве.

ВООЗ зазначає, що довго триваюча стресова реакція, тривога приводять до пригнічення багатьох функцій в організмі. Страждає імунна

система, виникають гормональні порушення, які впливають на роботу нервової системи. Управління організмом переходить у стрес-режим. Все це сприяє відкриттю вхідних воріт для інфекцій і підвищує ризик ускладнень.

Якщо у людини підвищена тривожність, бажано пройти тест «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)». Якщо по цій шкалі набирається вісім і більше балів, рекомендується звернутися до лікаря-невролога, психолога, психіатра. Ігнорування проблем заганяє їх углибину.

Суттєвою проблемою, яка впливає на скорочення тривалості життя, є травматизм. Серед держав – членів ООН про зниження смертності в результаті дорожньо-транспортних пригод (ДТП) у період з 2010 по 2021 р. повідомили 108 країн. За період з 2010 р. кількість смертей в результаті ДТП знизилась на 5 % до рівня 1,19 млн випадків смерті в рік. Десяти країнам вдалося знизити смертність від ДТП більше ніж на 50 %.

Кожну хвилину ДТП забирають життя більше двох осіб. Вірогідність загибелі пішоходів, велосипедистів тощо залишається високою і постійно зростає, причому дев'ять із кожних 10 випадків смерті відбувається в країнах з низьким або середнім рівнем доходу.

У травні 2023 р. 76-а сесія ВООЗ прийняла першу в історії резолюцію про попередження утоплень. За оцінками, кожен рік у результаті утоплень гине 236 000 осіб, при цьому тонуть найчастіше діти у віці від року до чотирьох. У резолюції міститься заклик до усіх 194 держав-членів, провести оцінку національної ситуації, для визначення тягаря утоплень і запровадження належних заходів для їх запобігання і спасіння життя людей.

2.3. Демографічна ситуація в Європейському регіоні ВООЗ

Статистична служба ЄС Eurostat опублікувала зібрані за 2022 рік дані, які вказують на рекорде скорочення кількості народжених дітей у «єдиній Європі». Згідно розміщеної на офіційному сайті організації доповіді, у 2022 році в країнах-членах Євросоюзу вперше з початку 1960-х років народилося менше 4 мільйонів дітей.

Зокрема, у 2022 р. у ЄС народилося 3,88 млн дітей, а у 2021 р. - 4,09 млн. Для порівняння: у 2008 р. кількість новонароджених у Євросоюзі становило майже 4,7 мільйонів, а потім почалося поступове зниження. Менше ніж за 15 років народжуваність впала майже на 1 млн осіб (на 17 %).

Демографічну ситуацію у Європі ускладнює спадаючий коефіцієнт народжуваності (середнє число народжених жінкою дітей). Так, у 2022 р. цей показник знизився до 1,46, тоді як у 2021 р. становив 1,51.

Підраховано, що у 2022 р. частіше народжувалися діти у Франції (1,79), Румунії (1,79) і Болгарії (1,65). Найнижчі показники народжуваності на Мальті (1,08), в Іспанії (1,16) та Італії (1,24). Тренд на різке падіння кількості новонароджених фіксується також у Греції, Ірландії та Естонії. Літом 2022 року відмічений «антирекорд» народжуваності у Польщі (менше 300 тисяч малюків), що стало найнижчим значенням після Другої світової війни. Eurostat прогнозує, що до 2100 р. населення Євросоюзу зменшиться на 6 %.

2.4. Демографічна та соціально-економічна ситуація в Україні

В Україні зафіксовано один із найнижчих рівнів народжуваності у світі, досягнувши показників 300-річної давнини. Про це стверджується у виданні «Тексти», яке провело аналіз проекту стратегії демографічного розвитку від Міністерства соціальної політики.

Всього за підсумками 2023 р. в Україні народилося **187** тисяч дітей – це самий низький показник за всю історію спостережень, навіть з урахуванням дітей, які могли б бути народжені за кордоном та на невідконтрольних зараз територіях.

«Враховуючи історичні оцінки населення України, а також оцінки чисельності новонароджених на 1000 жителів (**50-51** в XVIII-XIX століттях проти **шести** у 2023 р.) можна припустити, що так мало дітей на території України не народжувалось майже три століття», - пише автор статті, старший економіст Центру економічної стратегії Володимир Ланда. Експерт стверджує, що у 1719 р., коли населення у сучасних кордонах України оцінювалось в 5,7 мільйона осіб, кількість народжень приблизно **280** тисяч.

Західні експерти, оцінюючи ситуацію з народжуваністю в Україні, зазначали, що у середньому в країні народжується 0,7 дитини на одну жінку репродуктивного віку. Така тенденція, разом з виїздом мільйонів людей з країни, ставить під питання виживання України, попереджали вони.

Українські демографи відмічають, що останні *десять років* показник народжуваності щорічно знижується *на сім відсотків*. У перспективі Україну очікує демографічна катастрофа: до 2033 р. населення може скоротитися до 26 млн осіб. З початку війни Україну покинули від п'яти до шести мільйонів осіб - близько двох третин - жінки, третина - чоловіки. За даними ООН, 47% українських біженців - це жінки, а ще 33 % - діти.

Офіційно в Україні не надаються дані про чисельність населення з 1 лютого 2022 року. За даними Держстату, на той момент у країні проживали 41,1 млн мешканців (не враховано Крим і Севастополь).

На проблеми в соціально-економічній сфері в Україні вказав Світовий банк (СБ), зазначаючи: третина населення України живе на 3 долари в день.

Ще у 2018 р. директор СБ з питань України, Білорусі та Молдови Сату Кахконен відмітила, що рівень бідності в країні став набагато вищим, ніж п'ять років назад: «Якщо у 2014 році за межею бідності жили 15 % населення України, то сьогодні – 25 %».

У відповідності з останніми даними Світового банку, кількість українців за межею бідності вже переважило відмітку у 9 мільйонів осіб, і це при загальній чисельності населення близько 32 мільйони. Це означає, що приблизно кожен третій українець перебуває у важкому матеріальному положенні, тобто, живе у бідності, яка зростає вдвічі..

Слід також зазначити, що багато експертів вказують на меншу чисельність населення в Україні у нинішній час, оцінюючи її у 20 мільйонів.

Що значить у термінології СБ поняття «за межею бідності»? Цей рівень доходу визначається на основі міжнародних стандартів і складає мінімальну суму, необхідну для забезпечення основних життєвих потреб, таких як харчування, житло, охорона здоров'я і освіта. На сьогодні ця сума складає не менше 3,20 долари США на день. Перевищення цієї «межі бідності» означає, що людина або сім'я у категорії тих, хто подолав екстремальну бідність.

На даний час в Україні прожитковий мінімум складає близько 75 доларів США на людину в місяць (2,5 долари США на день).

Регіональний директор СБ по Східній Європі Аруп Банерджи відзначив, що без грошей Заходу ситуація була би набагато гірша: «Якщо би міжнародні партнери, особливо США, не зосередили ресурси для надання допомоги Україні (спеціально призначені для цих соціальних витрат), бідних на Україні було би на три мільйони більше. Фінансова допомога США та інших розвинутих країн Заходу допоможе Україні продовжити виплати зарплат, пенсій і соціальної допомоги», - додав він.

Опитування Світового банку показали, що все більше людей в Україні почали економити на їжі через ріст бідності. У 2021 році на їжі економили 12,2 % людей, а у 2023 р. вже 26,2 % (зростання більше ніж удвічі). Кількість заможних людей за цей же час збільшилося у 3,5 рази. Така різниця у доходах показує, що розподіл багатства у суспільстві за останні роки стало значно більш несправедливим. Такого різкого зростання різниці між бідними і багатими прошарками населення не було більше ніде, за всю історію спостереження Світового банку.

ВООЗ підтримує тісну взаємодію зі своїм бюро в Україні і сусідніх країнах, а також партнерами з метою оперативного реагування на викликану конфліктом надзвичайну ситуацію в області охорони здоров'я і доведення до мінімуму перебоїв у наданні вкрай необхідних видів медичної допомоги.

ВООЗ продовжує надавати країні підтримку, яка має важливе значення для задоволення екстрених медико-санітарних потреб.

У період кризи охорона здоров'я повинна залишатися пріоритетним завданням, для вирішення якого потрібно захист медичних працівників, що дозволить їм неперервно рятувати життя людей, а також захист служб і закладів охорони здоров'я, які повинні мати можливість продовжувати роботу в умовах безпеки і залишатися доступними для усіх потребуючих основних видів медичної допомоги. Вкрай важливо забезпечити усіх, хто гостро потребує, необхідною медичною продукцією, включно з киснем.

Захист здоров'я і благополуччя усіх людей складає основу мандата і обов'язків ВООЗ у всіх ситуаціях, у тому числі в умовах гуманітарних криз і військових конфліктів.

2.5. ВООЗ спрямовує зусилля на прискорення через уповільнення темпів зменшення показників стану здоров'я населення останні роки

Тенденція, яка спостерігається останнім часом, свідчить про уповільнення щорічних темпів зниження багатьох показників. Наприклад, для виконання завдання, поставленого в межах Цілей прискореного розвитку (ЦПР), необхідно, щоб протягом 2021-2030 рр. глобальний коефіцієнт материнської смертності зменшувався на 11,6 % в рік. Аналогічним чином, чисте зменшення захворюваності на туберкульоз з 2015 по 2021 р. склало лише одну п'яту частину шляху по досягненню встановленого на 2025 р. контрольного показника в рамках стратегії ВООЗ по ліквідації туберкульозу.

Не дивлячись на зниження рівнів впливу багатьох факторів ризику для здоров'я, таких як куріння, споживання алкоголю, насилля, небезпечна вода і санітарія, а також затримка росту дітей, прогрес був недостатнім, а вплив деяких факторів, таких як забруднення повітря, залишаються високими.

Тривожним є факт, що поширеність ожиріння зростає без будь-яких ознак уповільнення цієї тенденції. У світі складається масштабна і важка проблема подвійного тягаря неповноцінного харчування (недоїдання), та надлишкової маси тіла і ожиріння. У 2022 р. від ожиріння страждали більше одного мільярда осіб у віці від п'яти років, в той час як знижену масу тіла мали більше 0,5 мільярда. Також вражають показники неповноцінного харчування серед дітей: затримка росту (низький для даного віку) у 148 мільйонів дітей у віці до п'яти років, виснаження (низька маса тіла для даного росту) - у 45 млн і надлишкова маса тіла - у 37 мільйонів.

У доповіді також відмічені серйозні проблеми в системі охорони здоров'я, від яких страждають *інваліди, біженці і мігранти*. В 2021 р. інвалідність мали приблизно 1,3 мільярда осіб, або 16 % світового населення.

Ця група населення непропорційно більше страждає від нерівності в системі охорони здоров'я, що є наслідком проявів несправедливості і дискримінації.

Крім того, розширення доступу до основних медичних послуг уповільнилось у порівнянні з темпами, досягнутими в період до 2015 р., у поєднанні з відсутністю суттєвого прогресу у скороченні фінансових труднощів, спричинених затратами на медичне обслуговування. Це різко обмежує наші можливості для досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 р.

Як і раніше, спостерігається обмеження у доступі до медичного обслуговування біженців і мігрантів: тільки половина з 84 країн, які брали участь у обстеженні в період з 2018 по 2021 р., надають цим групам населення забезпечені державою медико-санітарні послуги на рівні, який співставний з рівнем послуг, наданим громадянам цих країн. Тому існує нагальна необхідність адаптації системи охорони здоров'я для усунення проявів нерівності і відповідати потребам населення світу в умовах демографічної ситуації, яка швидко змінюється.

2.6. Подолання перешкод на шляху досягнення цілей «три мільярди» у програмі «Цілі стійкого розвитку»

Не дивлячись на негативні наслідки пандемії, світ досягнув деякого прогресу у досягненні цілей «трьох мільярдів» і пов'язаних із здоров'ям показників в межах Цілей стійкого розвитку (ЦСР).

За період з 2018 р. покращились показники здоров'я і благополуччя ще 1,5 млрд осіб. Не дивлячись на досягнуті успіхи, на шляху прогресу є перешкоди, такі як ріст показників ожиріння, високий рівень споживання тютюну і триваюче забруднення повітря.

Глобальне охоплення послугами охорони здоров'я збільшилося на 585 млн осіб, що нижче цільового показника «один мільярд». Крім того, вже очевидно, що до 2025 р. тільки 777 млн осіб додатково будуть забезпечені більш надійним захистом при надзвичайних ситуаціях в охороні здоров'я, що не відповідає цільовому показнику «один мільярд», встановленому в Тринадцятій загальній програмі роботи ВООЗ. Необхідність забезпечення такого захисту зростає, так як наслідки зміни клімату та інших глобальних криз стають все більшою загрозою з точки зору санітарно-епідеміологічної безпеки.

«Не дивлячись на те, що починаючи з 2018 р. ми просунулися в досягненні цілей «трьох мільярдів», попереду у нас все ще значний фронт роботи. «Суперсилою» ВООЗ є дані. Нам потрібно використовувати їх більш ефективно для забезпечення більшого впливу в країнах, - заявила помічник Генерального директора ВООЗ з питань набору і аналізу даних і інформаційного забезпечення д-р Саміра Асма. - Якщо не прискорити прогрес - малоймовірно, що до 2030 р. буде досягнута будь-яка із ЦСР, пов'язаних із здоров'ям».

2.7. Держави-члени ВООЗ домовилися надати результати своєї роботи на розгляд 77 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я

У 2024 році 77 сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я проходила з 27 травня по 1 червня у Женеві (Швейцарія). Тема Асамблеї така – «Все для здоров'я, здоров'я для всіх».

Держави-члени ВООЗ закінчили інтенсивні перемовини, націлені на зміцнення глобального потенціалу у сфері реагування на майбутні пандемії і спалахи після пандемії COVID-19, і домовилися надати результати своєї роботи на розгляд 77 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.

Два паралельних переговорних процеси були спрямовані відповідно на внесення низки поправок у Міжнародні медико-санітарні правила (2005 р.) і на розробку першої в історії угоди, конвенції або іншого правового інструмента у боротьбі з пандеміями. Делегації розглянуть підсумки обох процесів і подальші заходи по їх розвитку.

«За останні два роки держава-члени ВООЗ приклали величезні зусилля для подолання наслідків пандемії COVID-19 і запровадження заходів реагування на спричинену нею шкоду, включаючи загибель щонайменше 7 мільйонів осіб, - підкреслив Генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус. – Так як COVID-19 зачепив всіх і кожного, держави-члени почали процес розробки угоди по боротьбі з пандеміями, мета якого – підвищити готовність всіх країн світу до наступної пандемії. Під час цих перемовин досягнуто значний прогрес, але нам ще належить вирішити ряд проблем. Ми повинні скористатися проведенням сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, щоб отримати новий заряд енергії і завершити почату справу – надати світу угоду по боротьбі з пандеміями, розраховану на майбутні покоління».

Сьогодні представники країн завершили роботу відновленої дев'ятої наради Міжурядового переговорного органу (МППО), до складу якого входять 194 держави-члени ВООЗ. Загалом, по цілому ряду елементів проекту угоди склад МППО досяг принципової згоди, але були відмічені області, по яких висловлювалися різні думки.

Президія МППО надала доповідь, в якій описала процес роботи цього органу за два роки і її результат – узгоджений проект документу. У подальшому буде продовжена робота по підготовці угоди.

«Уряди країн згодні, що світ повинен виробити новий підхід до боротьби з пандеміями, – заявив Співголова Президії г-н Роланд Дріс (Нідерланди). – Наступні кроки у цьому вкрай важливому процесі тепер будуть визначені Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я».

2.8. Європейська база даних «Здоров'я для всіх»

Дата оновлення бази даних: середа, 24 січня 2024 р.

Починаючи із середини 1980-х років держави-члени Європейського регіону ВООЗ передають основні статистичні дані, пов'язані із здоров'ям, у сімейство баз даних «Здоров'я для всіх» (БД-ЗДВ) – один із найстаріших джерел інформації ВООЗ. Так як це сімейство баз даних опирається не на оцінки, а на подану конкретну інформацію, воно має особливу цінність.

У базах даних «Здоров'я для всіх» зведені воедино показники, що використовуються в основних системах моніторингу, які мають стосунок до Регіону, таких як політика Здоров'я-2020 і цілі у сфері стійкового розвитку. Ці показники охоплюють такі аспекти, як базові демографічні складові, показники здоров'я, детермінанти здоров'я і фактори ризику, ресурси в системі охорони здоров'я, видатки та інше.

Бази даних «Здоров'я для всіх» забезпечують доступ до регіональних, національних і деяких субнаціональних показників і метаданих, які наглядно подані шляхом використання інтерактивних онлайн-інструментів у Путівнику по базі даних «Здоров'я для всіх». Дані, метадані, графіки і карти стали доступними будь-якому досліднику.

При підготовці посібника використані дані ВООЗ, Європейського регіонального відділення ВООЗ, Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» за 2014-2021 роки.

У ДОДАТКУ наведені таблиці і рисунки з показниками, розрахованими з урахуванням постійного населення України (за відповідний рік), без урахування тимчасово окупованих територій у Донецькій і Луганській областях та АР Крим.

Дані поширеності і захворюваності населення України доступні до 2017 року. Починаючи з 2018 року вони не обліковуються офіційною статистикою України, тобто відсутні.

Офіційно в Україні з 1 лютого 2022 року не надаються дані демографії (чисельність населення, народжуваність, смертність від усіх нозологій), остання доступна інформація за 2021 рік.

Таким чином, таблиці і рисунки містять дані, які офіційно доступні для розгляду (ДОДАТОК).

У таблицях довідника наведені дані з БД «Здоров'я для всіх», оновленої 24 січня 2024 р. та Деталізованої бази даних смертності, ЄРВ ВООЗ, останнє оновлення якої було у 2018 р.

Таблиця 1. Очікувана тривалість життя при народженні (обидві статі)*

Країна	Тривалість життя (років)					
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.	2020 р.
Україна	70,54	66,86	67,86	67,30	72,5	73,3
Російська Фед.	69,28	64,67	65,43	65,37	71,9	73,5
Польща	71,01	72,01	73,86	75,12	77,8	76,7
Велика Британія	75,92	76,78	78,06	79,29	81,4	80,5
Німеччина	75,54	76,84	78,42	79,54	81,0	81,2
Франція	77,62	78,71	79,35	80,49	82,9	83,0
Фінляндія	75,13	76,75	77,88	79,36	81,4	82,1
Нідерланди	77,19	77,70	78,29	79,67	81,6	81,8
Греція	77,19	77,82	78,23	79,32	81,2	81,5
Швеція	77,77	79,07	79,92	80,82	82,4	82,7
Італія	77,20	78,39	79,75	81,58	82,8	83,7
Євросоюз	75,54	76,56	77,50	78,71	81,0	81,0

Таблиця 2. Різниця у тривалості життя між жінками і чоловіками*

Країна	Різниця у тривалості життя (років)					
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.	2020 р.
Україна	9,31	11,27	11,32	11,85	9,5	9,9
Російська Фед.	10,63	13,41	13,21	13,42	10,8	9,9
СНД	9,58	11,45	11,13	11,28	9,8	9,2
Польща	9,06	8,77	8,50	8,61	7,8	8,2
Велика Британія	5,75	5,32	4,83	4,29	3,5	4,0
Німеччина	6,55	6,61	6,10	5,31	4,6	4,9
Франція	8,40	8,18	7,66	7,01	5,6	6,0
Фінляндія	8,05	7,54	6,99	6,96	5,5	5,6
Нідерланди	6,42	5,89	5,11	4,47	3,2	3,3
Греція	4,84	5,23	5,22	4,84	5,0	5,1
Швеція	5,72	5,44	4,75	4,42	3,5	3,4
Італія	6,72	6,57	6,03	5,87	4,4	4,4
Євросоюз	7,07	7,07	6,55	6,12	5,1	5,6

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 4 жовтня 2023 року

Таблиця 3. Середня очікувана тривалість життя в Україні в 2010-2021 рр.

Все населення			Міське населення			Сільське населення		
Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
2010 рік								
69,8	65,1	74,2	70,3	65,8	74,5	68,6	63,9	73,6
2012 рік								
70,4	65,9	74,8	71,0	66,5	75,1	69,2	64,5	74,1
2016 рік								
71,0	66,5	75,3	71,7	67,2	75,7	69,7	65,2	74,5
2017 рік								
72,0	67,7	76,1	72,9	68,7	76,7	70,1	65,6	74,8
2019 рік								
72,0	66,9	77,0	-	-	-	-	-	-
2020 рік								
71,35	66,39	76,22	-	-	-	-	-	-
2021 рік								
69,77	65,16	74,36	-	-	-	-	-	-

Таблиця 4. Основні демографічні показники в Україні у 1990-2021 роках

Рік	Народжуваність на 1000 населення	Смертність на 1000 населення	Природний приріст на 1000 населення	Середня очікувана тривалість життя	
				Чоловіків	Жінок
1990	12,7	12,1	0,6	65,7	75,0
1995	9,6	15,4	-5,8	61,2	72,6
2000	7,8	15,4	-7,6	62,1	73,6
2005	9,0	16,6	-7,6	61,8	73,9
2009	11,1	15,3	-4,2	64,4	74,8
2010	10,8	15,3	-4,5	65,2	75,2
2011	11,0	14,6	-3,6	66,0	75,9
2012	11,4	14,6	-3,2	66,1	76,0
2013	11,0	14,6	-3,6	66,3	76,2
2014	10,8	14,7	-3,9	66,3	76,4
2015	9,6	13,9	-4,3	67,1	75,7
2016	10,3	14,7	-4,4	66,5	75,3
2017	9,4	14,5	-5,1	67,7	76,1
2018	8,7	14,8	-6,1	66,7	76,7
2019	8,1	14,7	-6,6	66,9	77,0
2020	7,8	15,9	-8,1	66,4	76,2
2021	7,3	18,5	-11,2	65,2	74,4

Таблиця 5. Динаміка народжуваності в країнах Європи*

Країна	Народжуваність (‰)					
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.	2020 р.
Україна	12,73	9,61	7,82	9,08	9,2	6,3
Російська Фед.	13,45	9,28	8,77	10,2	13,2	9,8
Білорусь	13,9	9,9	9,4	9,2	12,4	9,2
СНД	16,89	12,89	11,08	12,34	8,8	13,1
Польща	14,37	11,22	9,89	9,55	9,9	8,7
Угорщина	12,1	10,8	9,6	9,7	9,5	9,6
Велика Британія	13,95	12,61	11,53	11,99	11,9	10,2
Німеччина	11,41	9,37	9,33	8,32	9,8	9,5
Франція	13,44	12,55	13,13	12,67	11,5	11,0
Фінляндія	13,18	12,35	10,96	11,01	9,6	8,1
Нідерланди	13,24	12,32	12,97	11,51	10,2	9,4
Греція	10,06	9,71	9,46	9,69	8,5	7,9
Швеція	14,48	11,71	10,19	11,22	11,7	10,0
Італія	10,07	9,18	9,54	9,45	7,7	6,7
Євросоюз	12,33	10,79	10,57	10,40	10,1	9,1

Таблиця 6. Загальний та стандартизований коефіцієнти смертності¹ (КС)*

Країна	Загальний КС (на 1000 населення)					Стандартизований КС (на 1000 населення)
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.	2020 р.
Україна	12,19	15,46	15,39	16,66	13,9	14,0
Російська Фед.	11,20	15,00	15,40	16,10	13,5	12,3
Білорусь	10,7	13,0	13,5	14,5	12,8	12,7
Польща	10,19	10,01	9,62	9,65	10,4	10,8
Угорщина	14,0	14,1	13,3	13,5	12,9	13,3
Велика Британія	11,21	11,12	10,33	9,68	9,3	10,3
Німеччина	11,61	10,83	10,21	10,07	11,3	11,8
Франція	9,27	9,14	9,01	8,65	8,7	9,1
Фінляндія	10,04	9,66	9,53	9,10	9,5	9,8
Нідерланди	8,62	8,78	8,82	8,36	8,7	9,6
Греція	9,27	9,58	9,63	9,46	10,4	11,7
Швеція	11,12	10,61	10,54	10,16	9,4	9,1
Італія	9,43	9,72	9,84	9,48	10,3	10,8
Євросоюз	10,36	10,22	10,01	9,81	10,2	10,5

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 4 жовтня 2023 року

Таблиця 7. Основні демографічні показники в Україні (2018-2021 рр.)

Основні демографічні показники	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Чисельність наявного населення (за оцінкою) на кінець року (осіб)	42153201	41902416	41588354	41167336
Середня чисельність наявного населення (осіб)	42269802	42027809	41745385	41377845
Чисельність постійного населення (за оцінкою) на кінець року (осіб)	41983564	41732779	41418717	40997699
Середня чисельність постійного населення (осіб)	42100165	41858172	41575748	41208208
Загальний приріст, скорочення (-) населення (осіб)	- 233202	- 250785	-314062	-421018
Природний приріст, скорочення (-) населення (осіб)	- 251791	- 272297	-323378	-442279
Кількість живонароджених (осіб)	335874	308817	293457	271984
Кількість померлих (осіб)	587665	581114	616835	714263
- з них дітей у віці до 1 року (осіб)	2397	2189	1988	1971
Міграційний приріст, скорочення (-) населення (осіб)	18589	21512	9316	21261

Таблиця 8. Основні демографічні показники в Україні у 2000-2021 роках

Показник	Роки										
	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021
<i>Чисельність населення, млн. осіб:</i>											
- наявного	48,9	46,9	45,8	45,4	42,9	42,8	42,6	42,27	41,9	41,58	41,16
<i>Загальні коефіцієнти (у розрахунку на 1000 осіб)</i>											
Смертність	15,5	16,7	15,2	14,6	14,7	13,9	14,7	14,8	14,7	15,9	18,5
Народжуваність	7,9	9,1	10,8	11,1	10,8	9,6	10,3	8,7	8,1	7,8	7,3
Природне зменшення	- 7,6	- 7,6	- 4,4	- 3,5	- 3,9	- 4,3	- 4,4	- 6,1	- 6,6	- 8,1	- 11,2
<i>Середня очікувана тривалість життя в Україні (роки)</i>											
Ж + Ч	67,63	67,25	70,27	70,60	71,4	71,5	71,0	71,8	72,5	71,35	69,77
Жінки	73,25	73,35	75,20	74,90	76,4	75,7	75,3	76,7	77,0	76,22	74,36
Чоловіки	62,01	61,46	66,21	66,0	66,3	67,1	66,5	66,7	68,0	66,39	65,16
Сальдо міграції (%)	-46,6	+4,6	+14,5	+ 7,0	+ 5,3	+ 3,7	+ 4,1	+ 3,9	+ 3,1	+ 3,5	+ 7,5

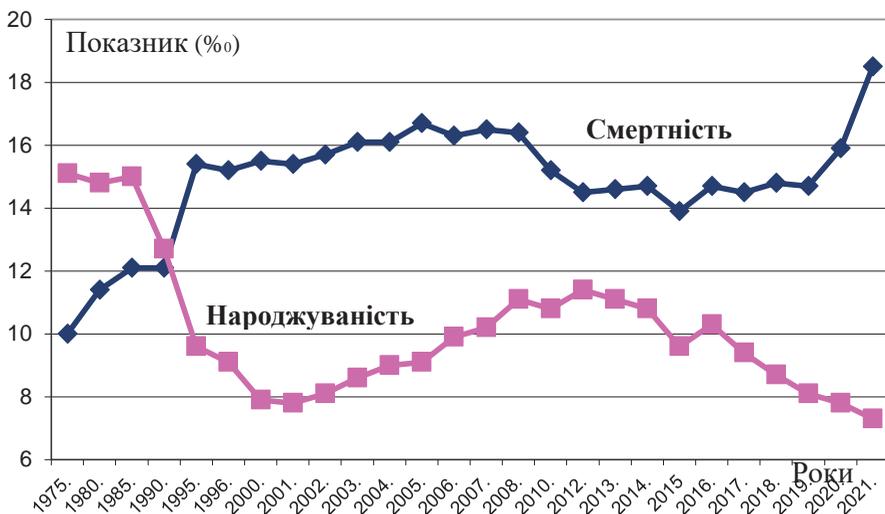
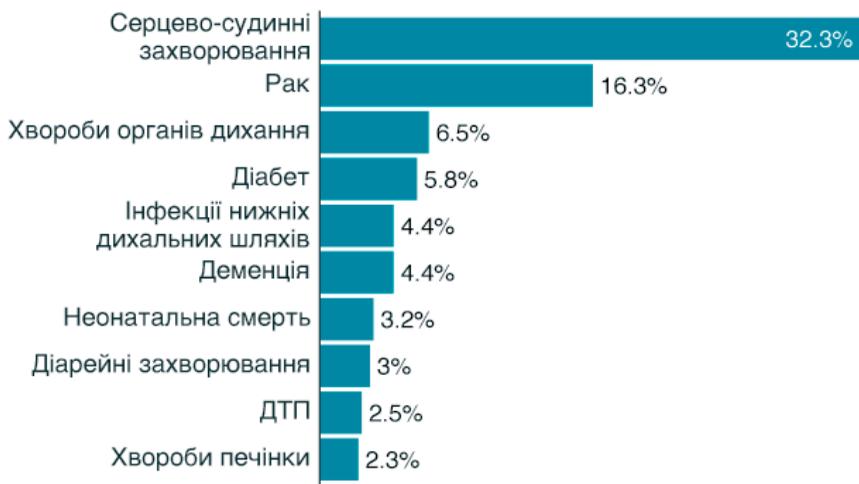


Рис. 1. Динаміка народжуваності та смертності населення України за період 1975-2021 роки

Таблиця 9. Стандартизований за віком і статтю коефіцієнт смертності¹ в Україні і Європі*

Показник	Україна	Європа	Країни Євросоюзу
Тривалість життя	73,3	78,8	81,0
Смертність населення усіх вікових груп на 100 000:			
Усі причини смерті	948	668	560
Хвороби системи кровообігу	586	270	174
Ішемічна хвороба серця	399	120	60
Судинні ураження мозку	115	64	37
Інші хвороби системи кровообігу	72	86	77

Примітка: ¹Статистичний коефіцієнт у формі, що усуває вплив вікових, статевих та інших особливостей складу досліджуваної групи (сукупності) шляхом приведення його до складу, прийнятого за стандартний (у нашому випадку використано європейський стандарт)



джерело: Інститут метрики та оцінювання в системі охорони здоров'я, індекс поlobalного тягара хвороб, проект емпіричних досліджень Our World in Data



Рис. 2. Основні причини смерті у світі

Таблиця 10. Стандартизований за віком і статтю коефіцієнт смертності¹ від **хвороб системи кровообігу** (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0-64 роки			
	1995	2000	2016	2020	1995	2000	2016	2020
Україна	780,2	790,7	635	586	230,6	217,2	156	152
РФ	799,1	798,7	547	415	264,4	256,7	171	137
СНД	775,5	771,5	568	524	245,9	232,3	161	150
Польща	532,2	444,0	302	260	133,6	105,4	71	55
Велика Британія	319,9	260,2	135	122	70,3	55,4	31	33
Німеччина	343,8	292,5	191	164	64,1	50,1	33	28
Франція	182,7	167,4	97	94	35,6	32,1	20	19
Фінляндія	354,0	291,8	182	152	73,4	62,2	36	32
Нідерланди	269,3	233,8	124	99	54,3	46,3	20	16
Греція	340,9	312,5	188	167	59,2	56,1	44	40
Швеція	295,9	255,3	157	141	49,8	40,4	24	22
Італія	269,9	231,8	152	126	46,1	37,6	24	19
Євросоюз	331,5	281,0	190	174	69,2	55,6	38	34

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 4 жовтня 2023 року

Таблиця 11. Показники смертності населення України у 2019-2021 рр. за віком і статтю (на 100 тисяч відповідного населення)

Вік	Міські поселення та сільська місцевість								
	Обидві статі			Чоловіки			Жінки		
	2019р.	2020р.	2021р.	2019р.	2020р.	2021р.	2019р.	2020р.	2021р.
Смертність від усіх хвороб									
20-24	80,9	76,2	85,0	123,2	116,3	125,0	34,0	33,8	42,4
25-29	134,7	124,8	121,9	202,0	186,4	181,4	59,8	60,1	59,4
30-34	239,9	222,6	228,5	364,7	328,1	342,4	101,5	114,1	111,0
35-39	391,0	330,7	350,8	592,4	494,2	523,6	173,8	165,7	176,0
40-44	561,3	509,2	546,9	850,6	768,1	810,6	259,9	260,1	291,8
45-49	748,0	693,3	773,6	1142,2	1037,2	1147,2	351,7	376,5	429,5
50-54	987,1	968,8	1073,8	1550,9	1485,8	1596,8	458,1	515,4	612,7
Смертність від хвороб системи кровообігу									
20-24	8,6	8,2	9,1	12,8	13,8	13,9	4,2	2,3	4,1
25-29	19,1	18,5	19,7	30,8	29,3	30,5	6,9	7,2	8,3
30-34	44,9	48,0	46,9	73,2	76,1	75,9	16,0	19,2	16,9
35-39	83,3	80,1	82,8	134,4	127,0	132,7	32,0	32,7	32,3
40-44	142,2	137,9	149,1	228,5	223,2	239,0	60,1	55,8	62,2
45-49	223,4	224,6	239,6	363,1	362,8	390,5	94,8	97,2	100,5
50-54	351,3	370,6	376,0	583,7	611,2	623,0	150,1	159,6	158,1

Таблиця 12. Показники та структура смертності в Україні серед усього населення

від хвороб системи кровообігу у 2020, 2021 роках

Назва нозології	Абсолютні дані		На 100 тис. нас.		Питома вага (у %)	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Усі хвороби	616835	714263	1597,2	1855,7	100	100
Х-би системи кровообігу	408163	429291	1056,6	1114,8	66,2/100	60,1/100
Із них: Гіпертонічна хвороба (усі форми)	355	403	1,0	1,1	0,1	0,1
Ішемічна хвороба серця	284667	300406	745,6	788,8	70,6	70,0
Інфаркт міокарда	10376	11086	26,3	28,2	2,5	2,6
Цереброваскулярні хв-би	78121	82560	187,1	199,0	17,7	19,2
Інсульты (усі форми)	33444	36765	85,3	94,6	8,1	8,6
Ревматизм	424	380	1,1	1,0	0,1	0,1

Таблиця 13. Показники та структура смертності в Україні серед населення

працездатного віку від хвороб системи кровообігу у 2020, 2021 рр.

Назва нозології	Абсолютні дані		На 100 тис. нас.		Питома вага (у %)	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Усі хвороби	117566	128072	512,3	564,3	100	100
Х-би системи кровообігу	39839	41069	174,2	181,8	34,0/100	33,2/100
Із них: Гіпертонічна хвороба (усі форми)	153	152	0,7	0,7	0,1	0,1
Ішемічна хвороба серця	21079	21885	90,5	95,1	52,0	52,3
Інфаркт міокарда	2153	2260	9,2	9,7	5,3	5,3
Цереброваскулярні хв-би	7401	7682	31,7	33,4	18,2	18,4
Інсульты (усі форми)	6373	6585	27,4	28,8	15,7	15,8
Ревматизм	139	111	0,6	0,5	0,3	0,3

Таблиця 14. Стандартизований за віком і статтю коефіцієнт смертності¹
від **ішемічної хвороби серця** (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0-64 роки			
	1995	2000	2016	2020	1995	2000	2016	2020
Україна	465,8	505,5	433	399	130,0	128,0	93	90
РФ	381,0	375,4	289	216	141,0	130,2	86	65
СНД	411,2	408,8	306	280	132,1	120,5	80	73
Польща	107,1	141,0	69	84	51,9	45,4	20	18
Велика Британія	182,1	140,4	62	55	46,4	34,0	17	17
Німеччина	151,2	126,9	71	61	32,9	24,3	14	13
Франція	53,6	49,4	25	24	13,2	12,0	7	7
Фінляндія	207,4	176,5	95	70	44,2	37,3	17	13
Нідерланди	110,5	85,6	29	24	27,8	21,5	6	6
Греція	90,4	84,6	60	60	30,6	30,4	25	23
Швеція	158,1	123,8	63	53	30,8	23,5	12	11
Італія	87,3	73,8	49	38	20,0	15,5	9	8
Євросоюз	129,4	111,8	67	60	34,3	26,8	16	14

Таблиця 15. Стандартизований за віком і статтю коефіцієнт смертності¹
від **судинних уражень мозку** (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0-64 роки			
	1995	2000	2016	2020	1995	2000	2016	2020
Україна	229,1	197,6	126	115	64,2	54,5	31,8	28,3
РФ	289,2	298,5	167	125	71,7	70,7	37,4	30,0
СНД	251,2	244,8	148	135	66,9	61,3	36	33,6
Польща	78,8	103,6	52	45	22,9	23,8	12	11,6
Велика Британія	75,3	62,5	32	26	11,4	9,3	5,2	5,3
Німеччина	78,3	58,6	30	26	10,5	7,7	4,6	4,3
Франція	45,3	39,0	22	20	7,6	6,4	4,1	3,5
Фінляндія	90,9	66,9	40	32	14,3	11,5	6,8	5,7
Нідерланди	62,0	56,1	30	25	8,9	8,2	4,1	3,6
Греція	122,9	108,7	54	44	13,7	12,6	7,5	6,7
Швеція	61,0	58,1	30	26	7,9	7,3	3,5	3,6
Італія	74,9	63,0	38	31	9,5	7,2	4,3	3,8
Євросоюз	80,5	69,6	42	37	13,2	10,9	7	6,4

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 4 жовтня 2023 року

Таблиця 16. Показники смертності (2021 р.), поширеності і захворюваності (2017 р.) від ішемічної хвороби серця серед дорослого і працездатного населення в Україні

Хвороби	Поширеність*		Захворюваність*		Смертність	
	2017 р.				2021 р.	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
	Доросле населення (18 років і старше)				Усе населення	
Усі хвороби	59379593	170634,5	16777516	48212,2	714263	1855,7
ХСК	22199563	63793,1	1725137	4957,4	429291	1114,8
ІХС (усі форми)	7751199	22274,0	463253	1331,2	300406	788,8
В т.ч. з ГХ	5143722	14781,1	278367	799,9	-	-
Стенокардія	2606040	7488,8	137665	395,6		
Інші форми гострої ІХС	2489	7,2	2489	7,2	5657	14,4
Інфаркт міокарда	40786	117,2	40786	117,2	11086	28,2
в т.ч. гострий ІМ	-	-	-	-	8990	22,7
в т.ч. трансмуральний	24107	69,3	24107	69,3	-	-
Атеросклеротична хвороба серця	-	-	-	-	228973	595,7
Інші форми ІХС	-	-	-	-	54690	150,5
Працездатне населення						
Усі хвороби	33415793	137963,5	13157359	54322,7	128072	564,3
ХСК	8077548	33349,7	849289	3506,5	41069	181,8
ІХС (усі форми)	2150582	8879,1	196324	810,6	21885	95,1
В т.ч. з ГХ	1235943	5102,8	110144	454,8	-	-
Стенокардія	801894	3310,8	62474	257,9		
Інші форми гострої ІХС	1369	5,7	1369	5,7	3370	13,9
Інфаркт міокарда	11853	48,9	11853	48,9	2260	9,7
в т.ч. гострий ІМ	-	-	-	-	1870	8,0
в т.ч. трансмуральний	6836	28,2	6836	28,2	-	-
Атеросклеротична хвороба серця	-	-	-	-	11829	51,2
Інші форми ІХС	-	-	-	-	4426	20,2

Примітка: * - дані поширеності і захворюваності за 2018-2021 р. відсутні

Таблиця 17. Показники смертності (2021 р.), поширеності і захворюваності (2017 р.) від судинних уражень мозку серед дорослого і працездатного населення в Україні

Хвороби	Поширеність*		Захворюваність*		Смертність	
	2017 р.				2021 р.	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
	Доросле населення (18 років і старше)				Усе населення	
Усі хвороби	59379593	170634,5	16777516	48212,2	714263	1855,7
ХСК	22199563	63793,1	1725137	4957,4	429291	1114,8
ЦВХ (усі форми)	2521601	7246,1	290557	835,0	82560	199,0
з них: ГХ	1562886	4491,1	157991	454,0		
Інсульт (усі форми)	96978	278,7	96978	278,7	36765	94,6
з них: з ГХ	56557	162,5	56557	162,5		
- Інфаркт головного мозку	-	-	-	-	23448	59,9
- Інсульт (не уточнений)	-	-	-	-	2267	6,1
- Внутрішньомозковий крововилив	-	-	-	-	10166	26,3
- Субарахноїдальний крововилив	-	-	-	-	884	2,3
- Інші ЦВХ	-	-	-	-	45795	104,3
Транзиторні церебральні ішемічні напади	36206	104,0	36206	104,0	-	-
Атеросклероз	201498	579,0	32840	94,4	16895	46,7
Працездатне населення						
Усі хвороби	33415793	137963,5	13157359	54322,7	128072	564,3
ХСК	8077548	33349,7	849289	3506,5	41069	181,8
ЦВХ (усі форми)	598413	2470,7	101836	420,4	7682	33,4
з них: з ГХ	322388	1372,3	51942	214,5		
Інсульт (усі форми)	22983	94,9	22983	94,9	6585	28,8
з них: з ГХ	11905	49,2	11905	49,2		
- Інфаркт головного мозку	-	-	-	-	2536	11,1
- Інсульт (не уточнений)	-	-	-	-	267	1,2
- Внутрішньомозковий крововилив	-	-	-	-	3339	14,5
- Субарахноїдальний крововилив	-	-	-	-	443	2,0
- Інші ЦВХ	-	-	-	-	1097	4,6
Транзиторні церебральні ішемічні напади	17235	71,2	17235	71,2	-	-
Атеросклероз	46811	193,3	9858	40,7	196	0,9

Примітка: * - дані поширеності і захворюваності за 2018-2021 р. відсутні

Таблиця 18. Динаміка показників при цереброваскулярних хворобах в Україні

Показники при ЦВХ	Поширеність* / Смертність (на 100 тис. населення)			Динаміка змін (%)	
	2014 р.	2016 р.	2017 р.	2014/2017	2016/2017
- Поширеність ЦВХ	7243,5	7227,7	7246,1	0,04	0,25
- в т.ч. серед працездатного віку	2405,3	2447,3	2470,7	2,7	1,0
- Поширеність ЦВХ з АГ	4416,6	4467,3	4491,1	1,7	0,5
- в т.ч. серед працездатного віку	1291,0	1368,6	1372,3	6,3	0,3
- Поширеність інсульту	266,5	279,6	278,7	4,6	-0,3
- в т.ч. серед працездатного віку	91,9	95,9	94,9	3,3	-1,0
- Поширеність інсульту з АГ	155,1	167,8	162,5	4,8	-3,2
- в т.ч. серед працездатного віку	47,2	50,9	49,2	4,2	-3,3
	2014 р.	2016 р.	2021 р.	2014/2021	2016/2021
- Смертність від ЦВХ	204,9	197,7	199,0	-2,9	0,7
- в т.ч. серед працездатного віку	29,9	30,8	33,4	11,7	8,4
- Смертність від інсульту	84,8	83,8	94,6	11,6	12,9
- в т.ч. серед працездатного віку	25,9	26,8	28,8	11,2	7,5

Примітка: * - дані поширеності і захворюваності за 2018-2021 р. відсутні

Таблиця 19. Динаміка впливу артеріальної гіпертензії на поширеність* ішемічної хвороби серця, цереброваскулярної патології та інсультів в Україні (у %)

Показник	Роки					
	2010 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.
Питома вага поширеності ІХС з АГ у поширеності ІХС (%)						
- Дорослі	63,3	65,7	65,0	65,5	65,9	66,4
- Працездатні	57,5	58,3	56,6	57,7	57,7	57,5
-Жінки ≥ 55 р, чоловіки ≥ 60 р	65,6	68,1	68,5	68,6	69,0	69,8
Питома вага поширеності ЦВХ з АГ у поширеності ЦВХ (%)						
- Дорослі	64,0	63,0	61,0	61,4	61,8	62,0
- Працездатні	57,0	55,8	53,7	54,3	55,9	55,5
-Жінки ≥ 55 р, чоловіки ≥ 60 р	65,9	65,0	63,2	63,6	63,6	64,0
Питома вага поширеності Інсультів з АГ у поширеності Інсультів (%)						
- Дорослі	56,8	59,9	58,2	58,8	60,0	58,3
- Працездатні	56,0	56,4	51,4	51,7	53,1	51,8
-Жінки ≥ 55 р, чоловіки ≥ 60 р	57,0	60,9	60,4	61,2	62,2	60,3

Примітка: * - дані поширеності і захворюваності за 2018-2021 р. відсутні

Таблиця 20. Показники смертності населення України від інсульту
у 2019, 2021 рр. (на 100 тис. населення)

Найменування регіонів, областей	2019 рік			2021 рік		
	Ішеміч- ний	Гемора- гічний	Усі форми	Ішеміч- ний	Гемора- гічний	Усі форми
АР Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	38,1	23,9	72,9	5,8	23,5	83,8
Волинська	45,4	20,4	69,8	2,2	20,0	72,7
Дніпропетровська	53,9	31,1	89,6	7,1	33,5	116,3
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	31,3	18,4	54,6	44,9	22,1	73,7
Закарпатська	25,9	17,8	45,5	36,0	17,3	56,2
Запорізька	79,6	30,2	117,3	98,0	34,4	140,1
Івано-Франківська	42,3	20,1	65,6	49,0	15,5	65,9
Київська	45,2	23,2	89,2	55,7	26,4	95,1
Кіровоградська	65,3	30,0	105,6	97,3	35,2	141,1
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	34,5	16,7	61,3	41,7	17,7	67,0
Миколаївська	34,4	23,8	62,8	44,1	22,1	70,1
Одеська	43,6	29,5	95,3	50,5	28,7	99,3
Полтавська	54,1	31,8	94,0	65,9	31,3	101,7
Рівненська	33,2	23,4	66,9	47,1	24,5	83,7
Сумська	49,6	25,8	83,0	63,8	27,3	98,0
Тернопільська	38,2	20,1	63,1	44,6	23,4	71,6
Харківська	53,1	32,8	90,0	68,9	33,0	106,0
Херсонська	56,8	28,2	104,1	76,0	30,0	122,8
Хмельницька	51,7	25,3	85,1	56,5	27,0	90,5
Черкаська	54,7	22,7	83,5	73,1	25,6	104,3
Чернівецька	24,6	15,4	46,1	30,2	18,1	52,8
Чернігівська	72,4	26,6	106,7	80,4	32,1	120,4
м. Київ	47,4	20,8	87,4	61,1	24,8	101,9
Україна	46,2	27,7	84,8	59,9	26,3	94,6

Таблиця 21. Показники смертності працездатного населення від інсульту
у 2019, 2021 рр. (на 100 тис. населення)

Найменування регіонів, областей	2019 рік			2021 рік		
	Ішеміч- ний	Гемора- гічний	Усі форми	Ішеміч- ний	Гемора- гічний	Усі форми
АР Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	7,6	12,6	22,8	10,4	13,0	27,9
Волинська	6,5	8,8	17,4	9,0	10,9	21,7
Дніпропетровська	9,7	17,4	29,5	15,0	20,1	37,9
Донецька	-	-	-	-	-	-
Житомирська	5,3	14,1	21,7	8,8	16,5	28,2
Закарпатська	4,8	8,6	14,9	7,4	8,3	17,5
Запорізька	8,3	13,5	25,7	16,4	17,4	37,2
Івано-Франківська	6,8	8,7	17,2	8,3	6,9	15,9
Київська	9,5	14,5	29,2	11,9	17,6	33,2
Кіровоградська	10,1	16,3	29,7	20,5	20,7	44,3
Луганська	-	-	-	-	-	-
Львівська	6,9	9,0	19,1	11,8	9,2	23,3
Миколаївська	5,5	13,7	21,2	9,5	11,0	23,2
Одеська	5,7	14,6	24,7	7,9	16,4	29,7
Полтавська	7,8	15,3	24,7	14,1	19,4	36,8
Рівненська	5,5	12,8	21,8	9,1	14,0	27,0
Сумська	8,1	13,9	25,3	12,8	17,4	34,6
Тернопільська	5,5	9,9	17,9	6,8	12,1	20,8
Харківська	9,1	16,1	27,0	11,6	16,7	30,9
Херсонська	11,5	15,4	32,2	12,1	17,1	34,2
Хмельницька	5,7	10,1	18,6	10,1	13,0	25,5
Черкаська	6,1	11,1	21,0	11,2	14,1	27,8
Чернівецька	3,9	7,5	14,8	5,9	8,1	15,9
Чернігівська	11,6	14,6	28,5	13,9	16,6	34,9
м. Київ	6,1	10,0	20,0	8,8	12,6	25,1
Україна	7,4	12,8	23,2	11,1	14,5	28,8

Таблиця 22. Структура смертності населення від інсультів у 2019, 2021 рр.

Області	Форма інсульту							
	ішемічний інсульт		геморагічний інсульт		інсульт не-уточнений як крововилив або інфаркт		субарахноїдальний крововилив	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	38,1	5,8	23,9	23,5	9,6	8,1	1,3	2,1
Волинська	45,4	2,2	20,4	20,0	1,8	1,0	2,2	2,0
Дніпропетровська	53,9	7,1	31,1	33,5	2,3	2,3	2,3	3,1
Донецька	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	31,3	44,9	18,4	22,1	3,5	5,2	1,4	1,5
Закарпатська	25,9	36,0	17,8	17,3	0,2	1,1	1,7	1,8
Запорізька	79,6	98,0	30,2	34,4	2,9	3,2	4,7	4,5
Ів.-Франківська	42,3	49,0	20,1	15,5	1,3	0,3	2,0	1,0
Київська	45,2	55,7	23,2	26,4	18,7	11,0	2,1	2,0
Кіровоградська	65,3	97,3	30,0	35,2	7,9	5,9	2,3	2,8
Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	34,5	41,7	16,7	17,7	8,3	5,8	1,8	1,8
Миколаївська	34,4	44,1	23,8	22,1	2,9	2,2	1,7	1,7
Одеська	43,6	50,5	29,5	28,7	19,1	17,1	3,2	2,9
Полтавська	54,1	65,9	31,8	31,3	6,6	1,8	1,5	2,7
Рівненська	33,2	47,1	23,4	24,5	9,2	10,3	1,1	1,8
Сумська	49,6	63,8	25,8	27,3	5,6	4,1	1,9	2,8
Тернопільська	38,2	44,6	20,1	23,4	2,3	1,7	2,5	2,0
Харківська	53,1	68,9	32,8	33,0	2,1	1,4	2,0	2,7
Херсонська	56,8	76,0	28,2	30,0	17,1	15,9	2,0	0,9
Хмельницька	51,7	56,5	25,3	27,0	5,3	4,6	2,8	2,4
Черкаська	54,7	73,1	22,7	25,6	4,0	4,2	2,1	1,5
Чернівецька	24,6	30,2	15,4	18,1	4,2	2,8	1,9	1,7
Чернігівська	72,4	80,4	26,6	32,1	5,7	4,3	2,1	3,6
м. Київ	47,4	61,1	20,8	24,8	16,7	13,7	2,5	2,3
Україна	47,2	59,9	24,8	26,3	7,4	6,1	2,2	2,3

Таблиця 23. Структура смертності працездатного населення
від усіх типів інсультів у 2019, 2021 рр.

Області	Форма інсульту							
	ішемічний інсульт		геморагічний інсульт		інсульт не-уточнений як крововилив або інфаркт		субарахної-дальний крововилив	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	7,6	10,4	12,6	13,0	1,2	2,0	1,3	2,5
Волинська	6,5	9,0	8,8	10,9	0,3	0,2	1,7	1,6
Дніпропетровська	9,7	15,0	17,4	20,1	0,5	0,2	1,9	2,7
Донецька	-	-	-	-	-	-	-	-
Житомирська	5,3	8,8	14,1	16,5	1,0	1,3	1,3	1,6
Закарпатська	4,8	7,4	8,6	8,3	0,0	0,4	1,5	1,3
Запорізька	8,3	16,4	13,5	17,4	0,3	0,3	3,6	3,2
Ів.-Франківська	6,8	8,3	8,7	6,9	0,0	0,0	1,7	0,7
Київська	9,5	11,9	14,5	17,6	3,3	2,5	1,9	1,2
Кіровоградська	10,1	20,5	16,3	20,7	0,9	1,1	2,4	1,9
Луганська	-	-	-	-	-	-	-	-
Львівська	6,9	11,8	9,0	9,2	1,4	1,0	1,7	1,4
Миколаївська	5,5	9,5	13,7	11,0	0,6	0,9	1,4	1,8
Одеська	5,7	7,9	14,6	16,4	2,2	3,0	2,3	2,3
Полтавська	7,8	14,1	15,3	19,4	0,4	1,0	1,2	2,3
Рівненська	5,5	9,1	12,8	14,0	2,2	2,2	1,2	1,6
Сумська	8,1	12,8	13,9	17,4	1,8	1,3	1,6	3,1
Тернопільська	5,5	6,8	9,9	12,1	0,5	0,2	2,0	1,8
Харківська	9,1	11,6	16,1	16,7	0,3	0,3	1,5	2,2
Херсонська	11,5	12,1	15,4	17,1	3,8	4,0	1,5	1,0
Хмельницька	5,7	10,1	10,1	13,0	1,1	0,7	1,7	1,8
Черкаська	6,1	11,2	11,1	14,1	1,0	1,0	2,8	1,5
Чернівецька	3,9	5,9	7,5	8,1	1,1	0,4	2,2	1,5
Чернігівська	11,6	13,9	14,6	16,6	0,4	0,7	2,0	3,8
м. Київ	6,1	8,8	10,0	12,6	2,2	1,9	1,7	1,8
Україна	7,4	11,1	12,8	14,5	1,2	1,2	1,8	2,0

Таблиця 24. Структура смертності за стандартизованим за віком і статтю коефіцієнтом смертності¹ (СКС) (на 100000 населення) в Європі у 2020 р.*

Країна	СКС, усі причини	СКС, злоякісні новоутворення	СКС, інфекційні та паразитарні хвороби	СКС, психічні розлади, хв. нервової системи, ін.	СКС, х-би ендокринної системи та обміну	СКС, зовнішні причини смерті
Австрія	532	132	5,7	38	27	35
Німеччина	541	144	8,0	47	19	28
Франція	462	148	8,1	43	15	37
Італія	431	136	9,7	33	19	22
Фінляндія	493	124	1,9	98	9	43
Нідерланди	511	149	8,5	56	12	31
Швеція	470	127	10,5	56	15	37
Велика Британія	570	151	4,5	69	10	31
Угорщина	798	212	4,7	38	21	41
Польща	782	173	3,0	22	21	44
Болгарія	1006	161	4,3	10	15	29
Грузія	1236	156	14,8	18	26	50
Казахстан	1275	93	7,7	241	49	66
Узбекистан	920	78	11,5	10	33	35
РФ	926	155	20,5	58	22	85
Україна	948	137	17,8	12	4	64

Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 4 жовтня 2023 року

Таблиця 25. Структура смертності населення в країнах світу (дані ВООЗ)

Назви нозологій	К-ть випадків смерті (в млн.)	% випадків смерті
Ішемічна хвороба серця	7,25	12,8
Інсульт та ін. цереброваскулярні хвороби	6,15	10,8
Інфекції нижніх дихальних шляхів	3,46	6,1
Хронічна обструктивна хвороба легень	3,28	5,8
Діарейні хвороби	2,46	4,3
ВІЛ/СНІД	1,78	3,1
Рак трахеї, бронхів і легень	1,39	2,4
Туберкульоз	1,34	2,4
Цукровий діабет	1,26	2,2
Дорожньо-транспортні аварії	1,21	2,1

Таблиця 26. Структура смертності усього населення України (%) (2000-2021 рр.)

Причини смерті	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2018	2019	2020	2021
Всі причини, в т.ч.:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
хвороби системи кровообігу	60,9	62,5	66,6	66,5	67,3	68,0	67,4	67,0	66,2	60,1
зляокісні новоутворення	12,9	11,7	12,6	13,8	13,1	13,2	13,4	13,5	11,7	10,4
зовнішні причини	9,7	8,9	6,3	6,1	6,3	5,8	5,4	5,2	4,7	4,1
хвороби органів травлення	2,9	4,0	3,8	4,2	4,0	3,8	4,1	4,1	3,9	3,5
хвороби органів дихання	5,0	3,6	2,8	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	2,6	3,6

Таблиця 27. Структура і показник смертності працездатного населення в Україні

№ з/п	Причини смерті	Показник смертності (на 100 тисяч населення)			Структура смертності (%)		
		2014 р.	2019 р.	2021 р.	2014 р.	2019 р.	2021 р.
1	Х-би системи кровообігу	152,8	157,7	181,8	30,9	33,6	32,2
2	Зовнішні причини смерті	113,5	90,7	85,2	23,0	19,3	15,1
3	Зляокісні новоутворення	84,2	77,4	84,1	17,1	16,5	14,9
4	Хвороби органів травлення	52,9	56,2	60,1	10,7	12,0	10,7
5	Інфекційні та паразит. х-би	37,2	29,1	22,2	7,5	6,2	3,9
6	Хвороби органів дихання	18,9	22,1	32,5	3,8	4,7	5,8
7	Інші причини	34,3	36,1	98,4	6,9	7,7	17,4
8	Всі причини	493,8	469,3	564,3	100,0	100,0	100,0

Таблиця 28. Смертність міського і сільського населення України у 2021 р.

Хвороби	Місто і село		Місто		Село	
	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000	Осіб	На 100000
Усього померлих	714263	1855,7	469441	1801,3	244822	1960,4
в т.ч. ХСК	429291	1114,8	268306	1024,9	160985	1287,9
із них: Ревматизм (усі форми)	380	1,0	246	0,9	134	1,1
Гіпертонічна х-ба (всі форми)	403	1,1	268	1,1	135	1,1
ІХС (усі форми)	300406	788,8	184651	714,4	115755	932,1
Інфаркт міокарда	11086	28,2	8739	33,3	2347	18,4
в т.ч. гострий ІМ	8990	22,7	7006	26,4	1984	15,5
Атеросклеротична х-ба серця	228973	595,7	135945	517,3	93028	746,6
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	5657	14,4	3999	15,1	1658	13,0
Інші форми ХІХС	54690	150,5	35968	148,7	18722	154,0
ЦВХ	82560	199,0	57130	201,8	25430	193,5
із них: Інсульти (усі форми)	36765	94,6	26086	99,7	10679	84,9
- Інфаркт головного мозку	23448	59,9	17032	64,7	6416	50,8
- Інсульт (не уточнений)	2267	6,1	1363	5,5	904	7,2
- Внутр. мозковий крововилив	10166	26,3	7045	27,0	3121	25,0
- Субарахноїдальний крововил.	884	2,3	646	2,5	238	1,9
Інші ЦВХ	45795	104,3	31044	102,1	14751	108,6
Атеросклероз	16895	46,7	9148	38,1	7747	63,1
Х-би артерій, артеріол, капіляр.	2144	5,5	1647	6,3	497	4,0
Інші та неуточнені ХСК	44	0,0	41	0,0	3	0,0

Примітки: ХСК–хвороби системи кровообігу; ІХС– ішемічна хвороба серця;
ЦВХ – цереброваскулярні хвороби; ХІХС – хронічна ІХС

Таблиця 29. Смертність населення України працездатного віку (2021р.)

Хвороби	Місто і село	
	Осіб	На 100000
Усього померлих	128072	564,3
в т.ч. ХСК	41069	181,8
із них: Ревматизм (усі форми)	111	0,5
Гіпертонічна хвороба (всі форми)	152	0,7
ІХС (усі форми)	21885	95,1
Інфаркт міокарда	2260	9,7
в т.ч. гострий ІМ	1870	8,0
Атеросклеротична хвороба серця	11829	51,2
Стенокардія та інші форми гострої ІХС	3370	13,9
Інші форми ХІХС	4426	20,2
ЦВХ	7682	33,4
із них: - Інсульти (усі форми)	6585	28,8
- Інфаркт головного мозку	2536	11,1
- Інсульт (не уточнений)	267	1,2
- Внутрішньо-мозковий крововилив	3339	14,5
- Субарахноїдальний крововилив	443	2,0
Інші ЦВХ	1097	4,6
Атеросклероз	196	0,9
Хвороби артерій, артеріол, капілярів	559	2,5

Примітки: ХСК–хвороби системи кровообігу; ІХС– ішемічна хвороба серця;
ЦВХ – цереброваскулярні хвороби; ХІХС – хронічна ІХС

Таблиця 30. Структура госпіталізованих кардіологічних хворих та летальності в стаціонарах України у 2021 р. (усе населення)

Назва нозології	Виписано із стаціонару (абс. дані)	%	Померло у стаціонарі (абс. дані)	%
Усі хвороби	5698775	100	209766	100
Розлади психіки і поведінки	272366	4,8	530	0,30
Хвороби системи кровообігу, з них	853713	15,0/100	65975	31,5/100
Гостра ревматична гарячка	164	0	0	0
Хронічні ревматичні хвороби	5703	0,7	156	0,2
<i>Гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)</i>	95189	11,2	27	0
<i>Ішемічна хвороба серця, в т.ч.</i>	343051	40,2	28769	43,6
- стенокардія	144165	16,9	0	0
- гострий інфаркт міокарда	35550	4,2	6729	10,2
- з елевацією зубця ST	24113	2,8	5244	7,9
- інші форми гострої ІХС	345	0	355	0,5
<i>Цереброваскулярні хвороби, з них:</i>	227675	26,7	29985	45,4
- внутрішньо-черепний крововилив	11572	1,4	8284	12,6
- інфаркт головного мозку	92227	10,8	18728	28,4
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку	2821	0,3	845	1,3

Таблиця 31. Показники смертності та летальності в Україні у 2021 р.
(абсолютні дані), усе населення

Найменування хвороб	Померло всього (стаціонар + дім)	Померло в стаціонарі	% померлих у стаціонарі
Усі хвороби	714263	209766	29,4
Хвороби системи кровообігу	429291	65975	15,4
з них: ревматизм (всі форми)	380	156	41,1
<i>Гіпертонічна хвороба</i> (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)	403	27	6,7
<i>Ішемічна хвороба серця</i>	300406	28769	9,6
- гострий інфаркт міокарда	8990	6729	74,8
- інші форми гострої ІХС	5657	5599	99,0
<i>Цереброваскулярні хвороби</i>	82560	29985	36,3
- внутрішньо-мозковий крововилив	10166	8284	81,5
- інфаркт головного мозку	23448	18728	79,9
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку	2267	845	37,3

Таблиця 32. Показники смертності та летальності (абс. дані), тривалості лікування серед усього населення в Україні та м. Києві у 2021 році

Найменування хвороб	Померло всього (стаціонар + дім)	Померло в стаціонарі	% померлих у стаціонарі	Середня тривалість лікування (дні)	Лікарняна летальність
<i>Усі хвороби</i>					
Україна	714263	209766	29,4	9,77	3,55
Київ	45223	17523	38,7	8,19	3,95
<i>Хвороби системи кровообігу</i>					
Україна	429291	65975	15,4	9,72	7,17
Київ	24355	4959	20,4	9,65	9,42
<i>Ішемічна хвороба серця</i>					
Україна	300406	28769	9,6	9,45	7,74
Київ	19521	1986	10,2	9,12	9,16
<i>* гострий інфаркт міокарда</i>					
Україна	8990	6729	74,8	10,23	15,92
Київ	963	674	70,0	8,84	20,30
<i>*інші форми гострої ІХС</i>					
Україна	5657	5599	99,0	9,34	50,71
Київ	66	58	87,9	9,0	84,06
<i>*у т.ч. з елевацією зубців ST</i>					
Україна	-	5244		10,16	17,86
Київ	-	525		8,39	19,49
<i>Цереброваскулярні хвороби</i>					
Україна	82560	29985	36,3	10,59	11,64
Київ	3744	1982	52,9	10,75	15,79
<i>- внутрішньо-мозковий кроволив</i>					
Україна	10166	8284	81,5	12,98	41,72
Київ	723	500	69,2	14,01	42,23
<i>- інфаркт головного мозку</i>					
Україна	23448	18728	79,9	10,43	16,88
Київ	1781	1394	78,3	10,54	19,76
<i>- інсульт, неуточнений як кроволив або інфаркт мозку</i>					
Україна	2821	845	30,0	9,69	23,05
Київ	400	22	5,5	15,71	75,86

Таблиця 33. Ресурси та діяльність закладів системи МОЗ у 2017-2021 рр.

Показник	Роки			
	2017	2019	2020	2021
Число лікарняних закладів	1475	1377	1 302	1 229
Загальне число ліжок	285008	270727	250 662	244 642
Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення	67,5	64,9	60,5	59,7
Середнє число днів зайнятості ліжка	321	309	215	232
Середнє перебування хворого на ліжку	11,0	10,6	10,1	9,6
Госпіталізація на 100 жителів всього	19,7	18,9	13,0	14,4
в т.ч.				
- міських жителів	-	-	-	-
- сільських жителів	-	-	-	-
Число закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	2867	2680	2631	2 511
Число відвідувань на 1 жителя	9,0	7,6	5,4	5,5
Число амбулаторно-поліклінічних закладів, які мають денні стаціонари	1902	1753	1674	1 475
Число ліжок у денних стаціонарах	62890	57770	51828	45 135
Число ліжок у денних стаціонарах на 10 тис. населення	14,9	13,8	12,5	11,0
Проліковано хворих в денних стаціонарах	2806155	2550025	1655006	1 429 482
Проліковано хворих в денних стаціонарах на 10 тис. населення	663,1	609,2	398,1	346,9
Кількість викликів швидкої медичної допомоги	8400770	6868961	5949078	6 149 530
Кількість викликів швидкої медичної допомоги на 1000 населен.	198,1	163,6	142,6	148,5
Загальна чисельність лікарів (без зубних)	159600	154265	147361	143 887
Забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення	37,8	37,0	35,6	35,1
Загальна чисельність середнього мед. персоналу	330444	296054	273526	261 255
Забезпеченість сер. м/п на 10 тис. населення	78,3	70,9	66,0	63,7
Кількість сімейних лікарів (3,5)	14728	15029	14797	14367

Таблиця 34. Смертність від хвороб системи кровообігу в країнах Європи серед всього населення**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	187,5	387,8	33136	42,3
Німеччина	2014	186,3	417,4	338056	38,9
Франція	2013	101,6	217,8	138945	25,0
Італія	2012	159,0	386,6	230160	37,5
Фінляндія	2014	181,8	359,7	19643	37,5
Нідерланди	2013	133,0	228,9	38463	27,2
Швеція	2014	159,0	335,7	32548	36,5
Велика Британія	2013	140,7	249,3	159795	27,7
Угорщина	2014	380,5	636,4	62786	49,7
Польща	2014	292,4	446,6	169734	45,1
Болгарія	2013	541,1	934,7	67910	65,1
Грузія	2014	386,1	553,2	20619	42,0
Казахстан	2015	281,4	193,7	33989	25,9
Узбекистан	2014	666,0	295,4	90857	60,7
РФ	2011	613,3	753,0	1076458	55,9
Україна	2014	673,7	993,7	425607	67,3

Таблиця 35. Смертність від гіпертонічної хвороби серця (усі форми) в Європі**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	8,6	19,1	1633	2,1
Німеччина	2014	6,4	14,8	11999	1,4
Франція	2013	3,3	7,3	4662	0,8
Італія	2012	6,0	14,8	8839	1,4
Фінляндія	2014	2,0	4,6	253	0,5
Нідерланди	2013	2,6	4,3	729	0,5
Швеція	2014	4,0	9,1	884	1,0
Велика Британія	2013	1,2	2,5	1616	0,3
Угорщина	2014	13,0	22,8	2250	1,8
Польща	2014	1,7	2,6	971	0,3
Болгарія	2013	18,4	32,3	2349	2,3
Грузія	2014	8,2	12,3	457	0,9
Казахстан	2015	1,6	1,2	211	0,2
Узбекистан	2014	10,5	4,6	1405	0,9
РФ	2011	14,8	18,2	26016	1,4
Україна	2014	1,1	1,3	578	0,09

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 36. Смертність від ішемічної хвороби серця (усі форми)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	83,6	167,2	14285	18,3
Німеччина	2014	68,9	149,6	121166	14,0
Франція	2013	26,7	52,4	33438	6,0
Італія	2012	53,9	126,1	75098	12,2
Фінляндія	2014	95,1	189,3	10337	19,7
Нідерланди	2013	33,5	55,1	9266	6,6
Швеція	2014	64,3	129,7	12573	14,1
Велика Британія	2013	67,0	113,9	73024	12,7
Угорщина	2014	194,2	325,7	32139	25,4
Польща	2014	68,7	101,4	38538	10,2
Болгарія	2013	103,5	174,5	12678	12,2
Грузія	2014	113,0	160,6	5986	12,2
Казахстан	2015	105,1	71,7	12573	9,6
Узбекистан	2014	309,3	136,2	41892	28,0
РФ	2011	323,2	397,4	568182	29,5
Україна	2014	457,2	680,4	291445	46,1

Таблиця 37. Смертність від інфаркту міокарда (гострий і повторний)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	30,1	53,3	4554	5,8
Німеччина	2014	30,8	61,9	50104	5,8
Франція	2013	13,2	23,5	14966	2,7
Італія	2012	22,3	46,5	27692	4,5
Фінляндія	2014	33,2	65,2	3560	6,8
Нідерланди	2013	21,0	33,9	5690	4,0
Швеція	2014	30,8	58,9	5715	6,4
Велика Британія	2013	26,5	44,2	28362	4,9
Угорщина	2014	39,5	60,5	5972	4,7
Польща	2014	25,5	35,5	13507	3,6
Болгарія	2013	43,5	68,4	4967	4,8
Грузія	2014	38,6	50,0	1862	3,8
Казахстан	2015	19,1	13,5	2374	1,8
Узбекистан	2014	46,3	23,0	7087	4,7
Україна	2015	-	23,5	10063	1,7

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 38. Раптова серцева смерть**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	1,2	1,9	161	0,2
Німеччина	2014	2,8	5,1	4162	0,5
Франція	2013	3,9	7,5	4801	0,9
Італія	2012	4,1	7,6	4525	0,7
Фінляндія	2014	0,1	0,1	7	0,0
Нідерланди	2013	7,6	11,9	1996	1,4
Швеція	2014	1,0	2,1	206	0,2
Велика Британія	2013	0,2	0,3	165	0,0
Угорщина	2014	0,3	0,3	31	0,0
Польща	2014	15,1	19,1	7259	1,9
Болгарія	2013	11,5	17,9	1304	1,2
Грузія	2014	11,7	15,6	580	1,2
Казахстан	2015	1,7	1,3	228	0,2
Узбекистан	2014	4,8	2,7	822	0,5

Таблиця 39. Смертність від пароксизмальної тахікардії; фібриляції і тріпотіння передсердь; інших серцевих аритмій*

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	6,6	15,0	1280	1,6
Німеччина	2014	10,7	25,7	20834	2,4
Франція	2013	8,1	19,2	12234	2,2
Італія	2014	2,2	4,9	267	0,5
Фінляндія	2012	6,3	16,5	9839	1,6
Нідерланди	2013	7,3	13,2	2212	1,6
Швеція	2014	11,6	27,6	2679	3,0
Велика Британія	2013	4,6	9,4	6037	1,0
Угорщина	2014	3,6	6,5	644	0,5
Польща	2014	2,7	4,3	1641	0,4
Болгарія	2013	9,0	15,9	1152	1,1
Грузія	2014	30,8	42,8	1597	3,3
Казахстан	2015	1,4	1,0	169	0,1
Узбекистан	2014	1,1	0,5	144	0,1

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 40. Смертність від серцевої недостатності*

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	10,5	24,0	2048	2,6
Німеччина	2014	22,9	55,0	44551	5,1
Франція	2013	11,9	29,3	18672	3,4
Італія	2012	5,5	14,1	8368	1,4
Фінляндія	2014	1,4	3,2	173	0,3
Нідерланди	2013	22,6	41,9	7039	5,0
Швеція	2013	4,7	9,6	6129	1,1
Велика Британія	2014	2,7	2,8	85	0,3
Угорщина	2014	9,0	15,9	1565	1,2
Польща	2014	64,4	98,8	37564	10,0
Болгарія	2013	153,9	262,9	19100	18,3
Грузія	2014	29,0	41,5	1548	3,2
Казахстан	2015	9,4	6,5	1143	0,9
Узбекистан	2014	24,8	11,5	3533	2,4

Таблиця 41. Смертність від цереброваскулярних хвороб (усе населення)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	28,4	57,9	4944	6,3
Німеччина	2014	30,1	68,2	55232	6,4
Франція	2013	23,0	49,6	31617	5,7
Італія	2012	40,8	102,9	61255	10,0
Фінляндія	2014	40,1	81,1	4428	8,4
Нідерланди	2013	32,0	55,9	9400	6,7
Швеція	2014	31,8	67,9	6588	7,4
Велика Британія	2013	33,4	62,8	40287	7,0
Угорщина	2014	74,8	125,6	12390	9,8
Польща	2014	53,9	81,6	31009	8,2
Болгарія	2013	157,5	281,7	20463	19,6
Грузія	2014	105,9	154,1	5745	11,7
Казахстан	2015	107,4	71,8	12591	9,6
Узбекистан	2014	103,2	46,4	14261	9,5
РФ	2011	187,0	232,8	332804	17,3
Україна	2014	139,4	205,2	87890	13,9

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 42. Смертність від інсульту (усі форми)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	25,3	51,0	4355	5,6
Німеччина	2014	23,6	52,8	42730	4,9
Франція	2013	20,1	42,9	27375	4,9
Італія	2012	23,1	55,4	32967	5,4
Фінляндія	2014	29,9	59,1	3228	6,2
Нідерланди	2013	26,1	45,5	7644	5,4
Швеція	2014	22,7	47,0	4554	5,1
Велика Британія	2013	26,8	49,2	31561	5,5
Угорщина	2014	50,2	81,8	8069	6,4
Польща	2014	42,6	63,6	24166	6,4
Болгарія	2013	115,3	203,5	14785	14,2
Грузія	2014	90,2	130,5	4863	9,9
Казахстан	2015	57,6	41,0	7189	5,5
Узбекистан	2014	79,7	36,0	11079	7,4
Україна	2015	96,0	78,9	33753	5,7

Таблиця 43. Смертність від внутрішньомозкового крововиливу (ВМК)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	5,8	10,6	904	1,2
Німеччина	2014	4,5	9,4	7650	0,9
Франція	2013	5,5	10,8	6863	1,2
Італія	2012	7,2	15,3	9134	1,5
Фінляндія	2014	8,6	15,7	857	1,6
Нідерланди	2013	5,5	9,2	1540	1,1
Швеція	2014	5,9	10,8	1044	1,2
Велика Британія	2013	4,9	8,2	5288	0,9
Угорщина	2014	13,0	19,7	1946	1,5
Польща	2014	10,5	14,6	5549	1,5
Болгарія	2013	18,9	30,6	2220	2,1
Грузія	2014	20,9	28,1	1046	2,1
Казахстан	2015	23,6	17,5	3076	2,3
Узбекистан	2014	37,0	16,7	5139	3,4
Україна	2015	-	31,0	10888	1,8

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 44. Смертність від субарахноїдального крововиливу (САК)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	2,2	3,1	266	0,3
Німеччина	2014	1,4	2,2	1812	0,2
Франція	2013	1,5	2,0	1300	0,2
Італія	2012	1,1	1,8	1067	0,2
Фінляндія	2014	3,4	4,9	266	0,5
Нідерланди	2013	1,6	2,2	370	0,3
Швеція	2014	1,5	2,2	216	0,2
Велика Британія	2013	2,4	3,1	1964	0,3
Угорщина	2014	2,5	3,2	313	0,2
Польща	2014	2,7	3,3	1243	0,3
Болгарія	2013	2,0	2,9	212	0,2
Грузія	2014	9,2	12,8	477	1,0
Казахстан	2015	3,4	2,6	462	0,4
Узбекистан	2014	2,3	1,1	327	0,2
Україна	2015	-	3,0	1039	0,2

Таблиця 45. Смертність від інших нетравматичних ВМК**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	0,7	1,5	127	0,2
Німеччина	2014	0,7	1,5	1217	0,1
Франція	2013	0,5	1,1	708	0,1
Італія	2012	0,6	1,4	841	0,1
Фінляндія	2014	0,2	0,4	22	0,0
Нідерланди	2013	0,7	1,2	201	0,1
Швеція	2014	0,6	1,1	106	0,1
Велика Британія	2013	1,6	2,8	1782	0,3
Угорщина	2014	0,5	0,9	86	0,1
Польща	2014	0,4	0,6	214	0,1
Болгарія	2013	1,5	2,4	172	0,2
Грузія	2014	0,5	0,8	28	0,1
Казахстан	2015	0,9	0,7	121	0,1
Узбекистан	2014	0,7	0,3	96	0,1

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 46. Смертність від ішемічного інсульту**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	6,4	13,3	1134	1,4
Німеччина	2014	8,3	18,9	15298	1,8
Франція	2013	4,8	10,8	6899	1,2
Італія	2012	1,9	4,8	2864	0,5
Фінляндія	2014	16,4	35,3	1927	3,7
Нідерланди	2013	4,8	8,1	1360	1,0
Швеція	2014	7,1	15,3	1480	1,7
Велика Британія	2013	3,7	6,8	4345	0,8
Угорщина	2014	29,3	49,8	4915	3,9
Польща	2014	19,2	30,0	11400	3,0
Болгарія	2013	55,7	100,4	7292	7,0
Грузія	2014	21,3	30,0	1117	2,3
Казахстан	2015	25,7	17,5	3064	2,3
Узбекистан	2014	14,9	6,7	2074	1,4
Україна	2015	-	53,2	18686	3,2

Таблиця 47. Смертність від інсульту не уточненого (ВМК/інфаркт мозку)**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	10,2	22,5	1924	2,5
Німеччина	2014	8,6	20,7	16753	1,9
Франція	2013	7,7	18,2	11605	2,1
Італія	2012	12,2	32,0	19061	3,1
Фінляндія	2014	1,2	2,9	156	0,3
Нідерланди	2013	13,5	24,8	4173	3,0
Швеція	2014	7,6	17,6	1708	1,9
Велика Британія	2013	14,2	28,4	18182	3,2
Угорщина	2014	4,7	8,2	809	0,6
Польща	2014	9,8	15,2	5760	1,5
Болгарія	2013	37,2	67,3	4889	4,7
Грузія	2014	38,3	58,9	2195	4,5
Казахстан	2015	4,0	2,7	466	0,4
Узбекистан	2014	24,8	11,2	3443	2,3
Україна	2015	-	8,9	3114	0,5

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 48. Смертність від інших цереброваскулярних хвороб**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	1,6	3,5	302	0,4
Німеччина	2014	2,3	5,6	4543	0,5
Франція	2013	0,8	1,6	1048	0,2
Італія	2012	8,5	22,6	13446	2,2
Фінляндія	2014	0,9	1,9	103	0,2
Нідерланди	2013	0,4	0,7	120	0,1
Швеція	2014	2,4	5,7	553	0,6
Велика Британія	2013	5,1	10,5	6761	1,2
Угорщина	2014	14,1	25,8	2541	2,0
Польща	2014	4,3	7,1	2706	0,7
Болгарія	2013	20,4	37,8	2747	2,6
Грузія	2014	6,0	8,8	329	0,7
Казахстан	2015	42,5	25,8	4535	3,5
Узбекистан	2014	15,1	6,4	1960	1,3

Таблиця 49. Смертність від ускладнень, пов'язаних з цереброваскулярними хворобами**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	1,6	3,4	287	0,4
Німеччина	2014	4,2	9,8	7959	0,9
Франція	2013	2,2	5,0	3194	0,6
Італія	2012	9,2	24,9	14842	2,4
Фінляндія	2014	9,4	20,1	1097	2,1
Нідерланди	2013	5,5	9,7	1636	1,2
Швеція	2014	6,7	15,3	1481	1,7
Велика Британія	2013	1,5	3,1	1965	0,3
Угорщина	2014	10,5	18,0	1780	1,4
Польща	2014	7,0	10,9	4137	1,1
Болгарія	2013	21,9	40,3	2931	2,8
Грузія	2014	9,8	14,8	553	1,1
Казахстан	2015	7,3	4,9	867	0,7
Узбекистан	2014	8,4	4,0	1222	0,8

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

Таблиця 50. Смертність від транзиторних церебральних ішемічних атак і пов'язаних з ними синдромів**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	0,1	0,2	20	0,0
Німеччина	2014	0,0	0,1	42	0,0
Франція	2013	0,0	0,1	33	0,0
Італія	2012	0,1	0,3	199	0,0
Фінляндія	2014	0,0	0,0	1	0,0
Нідерланди	2013	0,1	0,2	33	0,0
Швеція	2014	0,0	0,1	12	0,0
Велика Британія	2013	0,1	0,2	111	0,0
Угорщина	2014	0,0	0,1	5	0,0
Польща	2014	0,0	0,0	2	0,0
Болгарія	2013	0,0	0,0	1	0,0
Грузія	2014	0,5	0,6	24	0,0
Казахстан	2015	8,2	5,3	923	0,7
Узбекистан	2014	0,0	0,0	4	0,0

Таблиця 51. Смертність від атеросклерозу**

Країна	Роки	Стандартизований за віком і статтю показник смертності (на 100000 нас.)	Показник смертності (на 100000 нас.)	Кількість смертей (абс. число)	% від усіх смертей
Австрія	2014	1,6	3,8	321	0,4
Німеччина	2014	3,4	8,3	6719	0,8
Франція	2013	0,5	1,1	696	0,1
Італія	2012	1,0	2,7	1581	0,3
Фінляндія	2014	3,9	8,6	468	0,9
Нідерланди	2013	2,7	4,6	776	0,5
Швеція	2014	2,5	5,7	552	0,6
Велика Британія	2013	0,2	0,3	215	0,04
Угорщина	2014	13,1	22,9	2258	1,8
Польща	2014	55,0	93,5	35553	9,4
Болгарія	2013	16,5	30,2	2191	2,1
Грузія	2014	1,6	2,7	101	0,21
Казахстан	2015	11,1	6,6	1162	0,9
Узбекистан	2014	31,4	12,8	3949	2,6
РФ	2011	15,2	19,3	27639	1,4
Україна	2014	29,1	46,5	19931	3,2

Примітка: ** Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, 2018 р.

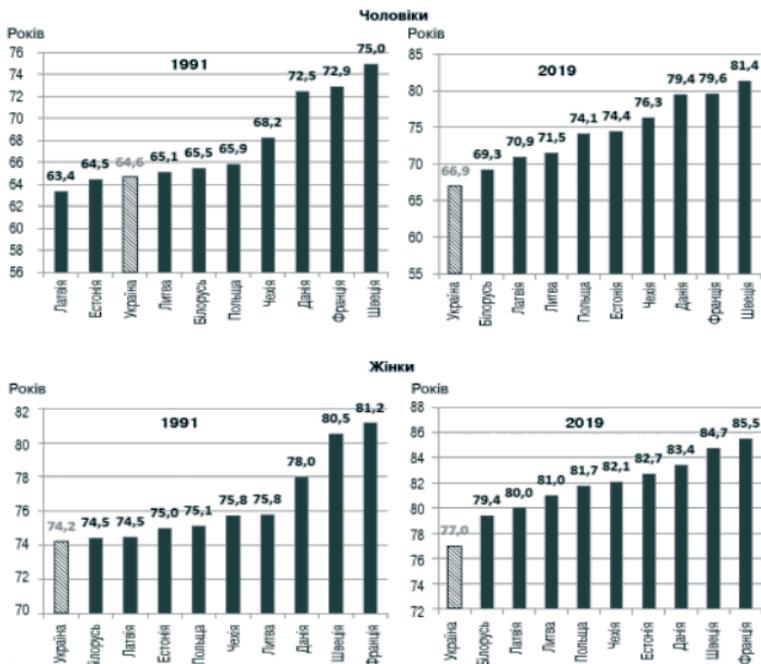


Рис. 3. Очікувана тривалість життя при народженні в 1991, 2019 рр. за статтю в Україні та деяких європейських країнах
Джерело: дані Державної служби статистики України та Human Mortality Database (HMD)

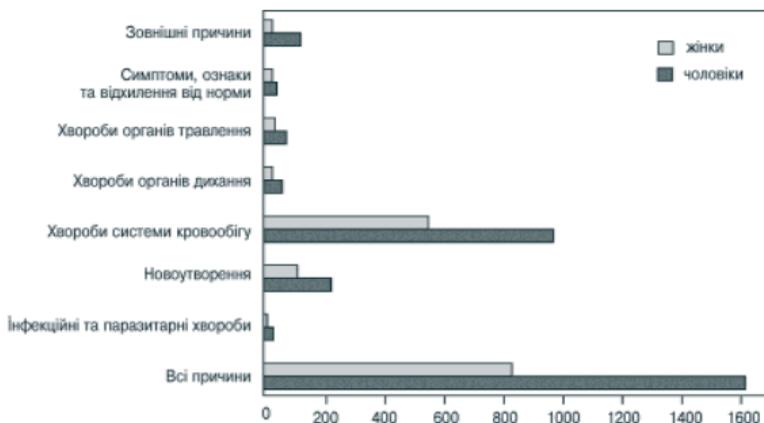


Рис. 4. Смертність за основними причинами в 2020 р. в Україні, стандартизований за віком і статтю показник, у розрахунку на 100 тис. осіб
Джерело: дані Державної служби статистики України

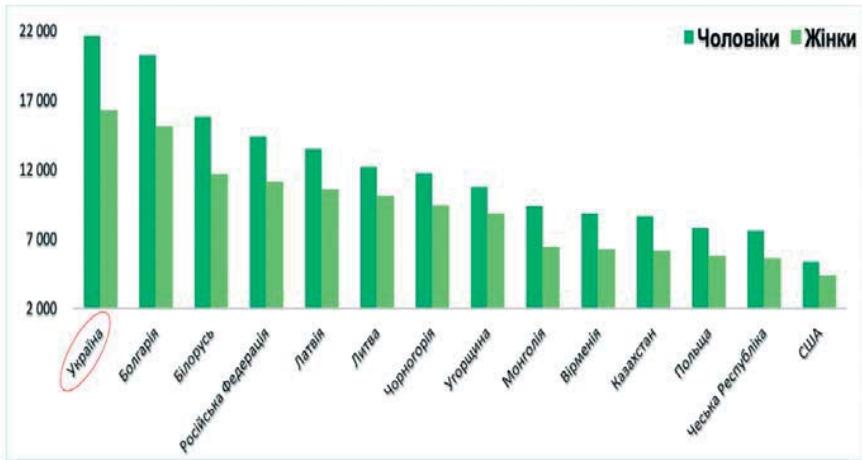
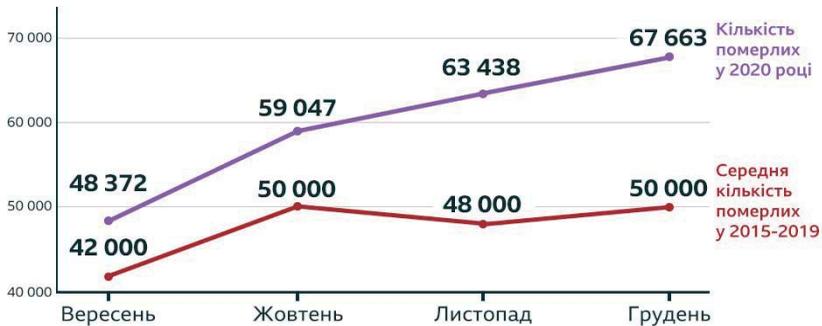


Рис. 5. Роки життя, втрачені через передчасну смерть від ССЗ у 2020 р. (YLL на 100 000 нас. залежно від географічного розташування. Обидві статі, всі вікові групи)

Статистика смертності в Україні у 2020 році у порівнянні з 2015-2019 роками



Джерело: Державна служба статистики України



Рис. 6. Неочікуване зростання показника смертності у 2020 р. в Україні

Супутні захворювання, які мали померлі від COVID-19 в Україні



ЖИТТЯ

Аналіз даних 8565 померлих
Дані Центру громадського здоров'я МОЗ України

Рис. 7. Супутні хвороби, які мали померлі від пандемії

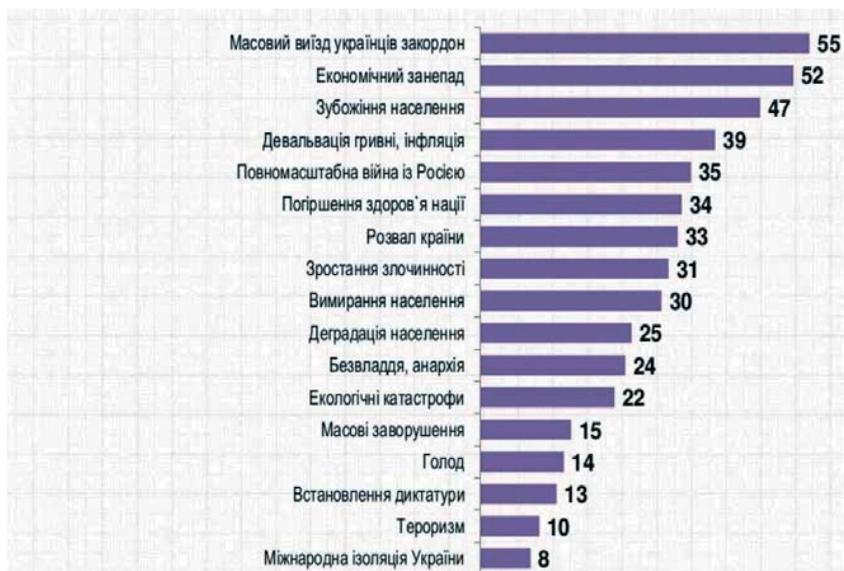


Рис. 8. Рівень загроз, найбільш актуальних сьогодні для України

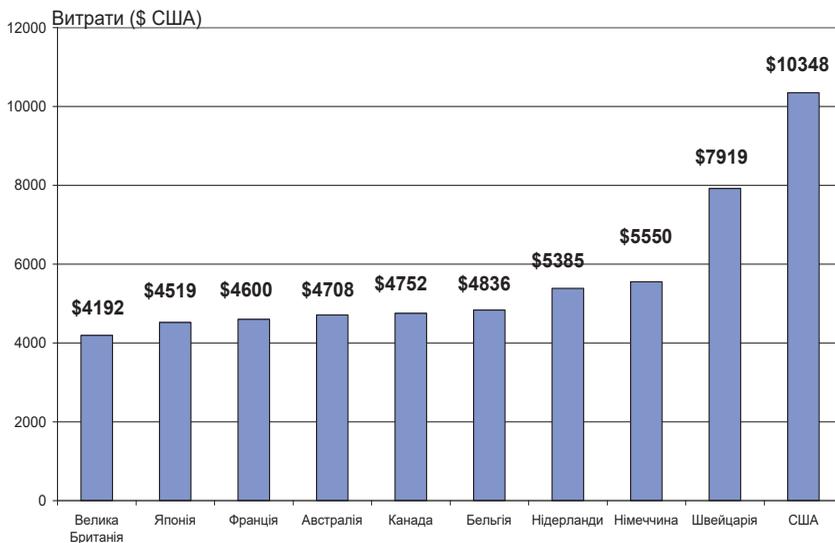


Рис. 9. Витрати на медицину на одну людину в рік в країнах з найбільшими показниками (в \$ США)

Демографія



Рис. 10. Фінансовий стан сім'ї в Україні (соціопитування групи «Рейтинг»)

ДОДАТОК

Таблиця 52. Поширеність та захворюваність хворобами системи кровообігу в Україні серед дорослих

Роки	Усі хвороби		Хвороби системи кровообігу		Гіпертонічна хвороба (усі форми)		Ішемічна хвороба серця		Інфаркт міокарда		Цереброваскулярні хвороби		Інсульти (усі форми)	
	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З	П	З
2014 абс.	59 618 301	17 113 288	22 354 901	1 813 572	10 416 308	728 368	7 779 915	486 767	40924	40924	2 557591	308256	94104	94104
2016 абс.	60 020 109	17 340 820	22 303 564	1 766 188	10 421 402	696 295	7 794 938	474 514	42 047	42 047	2 528013	299734	97 805	97 805
2017 абс.	59 379 593	16 777 516	22 199 563	1 725 137	10 385 533	681 869	7 751 199	463 253	40 786	40 786	2 521601	290557	96 978	96 978
+/- 2017/ 2016	- 640 516	- 563 304	- 104 001	- 41 051	- 35 869	- 14 426	- 43 739	- 11 261	- 1 261	- 1 261	- 6 412	- 9 177	- 827	- 827
2014 на 100 на 100 тисяч	168 849,2	48 467,8	63 312,9	5 136,3	29 500,8	2 062,9	22 034,1	1 378,6	115,9	115,9	7 243,5	873,0	266,5	266,5
2016 на 100 на 100 тисяч	171 599,4	49 578,0	63 766,6	5 049,6	29 795,1	1 990,7	22 286,0	1 356,7	120,2	120,2	7 227,7	856,9	279,6	279,6
2017 на 100 на 100 тисяч	170 634,5	48 212,2	63 793,1	4 957,4	29 844,1	1 959,4	22 274,0	1 331,2	117,2	117,2	7 246,1	835,0	278,7	278,7
+/- 2017/ 2016	- 0,6	- 2,8	0,04	- 1,8	0,2	- 1,6	- 0,1	- 1,9	- 2,5	- 2,5	0,3	- 2,6	- 0,3	- 0,3

Примітки: 1. П – поширеність; З – захворюваність

2. Пароксизмальна тахікардія та миготлива аритмія:

2014 р.: Абс. дані: П – 77919; З – 13165; Показник на 100 тис. нас.: П – 220,7; З – 37,2

2016 р.: Абс. дані: П – 81971; З – 13671; Показник на 100 тис. нас.: П – 234,4; З – 39,1

2017 р.: Абс. дані: П – 85048; З – 14350; Показник на 100 тис. нас.: П – 244,4; З – 41,2

* Статистичні показники 2014-2017 років у зв'язку із суспільно-політичними обставинами в Україні можуть бути з деякою похибкою; дані за 2018-2020 рр. відсутні

Таблиця 53. Поширеність та захворюваність населення працездатного віку хворобами системи кровообігу

Роки	Хвороби системи кровообігу			Гіпертонічна хвороба (усі)			Шемічна хвороба серця			Інфаркт міокарда			Цереброваскулярні хвороби			Пароксизмал. тах. і миг. ар.			Інсульты (усі форми)			
	П	З	П	П	З	П	П	З	П	З	П	П	З	П	З	П	П	З	П	П	З	
Абсолютні дані																						
2014	8 261293	910702	4 525879	408228	2 252044	206626	11948	11948	11948	11948	606618	111002	25862	5753	23170	23179						
2016	8 177511	881804	4 573718	390302	2 170030	202011	12483	12483	12483	12483	601165	106877	25465	5324	23550	23550						
2017	8 077548	849289	4 517740	373212	2 150582	196324	11853	11853	11853	11853	598413	101836	25595	5542	22983	22983						
На 100 тисяч працездатного населення																						
2014	32 756,6	3 611,0	17 945,4	1618,7	8 929,5	819,3	47,4	47,4	47,4	47,4	2 405,3	440,1	102,6	22,9	91,9	91,9						
2016	33 290,3	3 589,8	18 619,4	1 588,9	8 834,1	822,4	50,8	50,8	50,8	50,8	2447,3	435,1	103,7	21,6	95,9	95,9						
2017	33 349,7	3 506,5	18 652,4	1 626,8	8 879,1	810,6	48,9	48,9	48,9	48,9	2470,7	420,4	105,6	22,9	94,9	94,9						
Відсоток працездатних до дорослих хворих вказаної нозології (%)																						
2014	37,0	50,2	43,4	56,0	28,9	42,4	29,2	29,2	29,2	23,7	36,0	33,2	43,7	24,6	24,6							
2016	36,7	49,9	43,9	56,1	27,8	42,6	29,7	29,7	29,7	23,8	35,7	31,1	38,9	24,1	24,1							
2017	36,4	49,2	43,5	54,7	27,7	42,4	29,1	29,1	29,1	23,7	35,0	30,1	38,6	23,5	23,5							

Усі хвороби - 2014: абс. дані: П – 34 225 389; З – 13 648 736; **на 100 тис. нас.:** П – 135 706,2; З – 54 118,2
Усі хвороби - 2016: абс. дані: П – 34 176 576; З – 13 73 6120; **на 100 тис. нас.:** П – 139 131,6; З – 55 919,2
Усі хвороби - 2017: абс. дані: П – 33 415 793; З – 13 157 359; **на 100 тис. нас.:** П – 137 963,5; З – 54 322,7

Частка працездатних серед дорослих у поширеності усіх хвороб складає - 56,3 % (2017 р.)

Частка працездатних серед дорослих у захворюваності на усі хвороби - 78,4 % (2017 р.)

** Статистичні показники 2014-2017 років у зв'язку із суспільно-політичними обставинами в Україні можуть бути з деякою похибкою; дані за 2018-2020 рр. відсутні*

Таблиця 54. Показники смертності усього населення від окремих хвороб у 2016, 2018, 2019, 2020, 2021 рр.

Назва регіону	Усі хвороби	Хвороби системи кровообігу	Ішемічна хвороба серця	Інфаркт міокарда	Гіпертонічна хвороба (усі форми)	Церебро- васкулярні хвороби	Інсульти	Ревматизм (усі форми)
2016 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1503,6	1010,7	697,2	25,7	1,2	197,7	83,8	1,7
Україна (абс. дані)	583631	392298	270608	9977	447	76733	32539	661
2018 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1481,9	998,3	694,5	24,0	1,0	181,5	81,5	1,5
Україна (абс. дані)	587665	392060	269753	9662	367	76906	32612	598
2019 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1464,8	988,1	689,1	25,1	0,9	178,5	81,7	1,4
Україна (абс. дані)	581114	389348	268341	10065	323	76232	32836	519
2020 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1597,2	1056,6	745,6	26,3	1,0	187,1	85,3	1,1
Україна (абс. дані)	616835	408163	284667	10376	355	78121	33444	424
2021 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	1855,7	1114,8	788,8	28,2	1,1	199,0	94,6	1,0
Україна (абс. дані)	714263	429291	300406	11086	403	82560	36765	380

Таблиця 55. Показники смертності населення працездатного віку від окремих хвороб у 2014, 2018, 2020, 2021 рр.

Назва регіону	Усі хвороби	Хвороби системи кровообігу	Шемічна хвороба серця	Інфаркт міокарда	Гіпертонічна хвороба (усі форми)	Церебро-васкулярні хвороби	Інсульты	Ревматизм (усі форми)
2014 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	493,8	152,8	85,8	9,8	0,9	29,9	25,9	1,0
Україна (абс.дані)	124534	38532	21639	2472	230	7529	6538	262
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	19,7	9,1	7,4	20,9	39,8	8,6	18,0	31,2
2018 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	491,8	162,7	82,5	8,1	0,7	29,3	25,7	0,7
Україна (абс.дані)	109565	35800	18542	1825	145	6585	5741	154
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	18,6	9,1	6,9	18,9	39,5	8,6	17,6	25,8
2020 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	512,3	174,2	90,5	9,2	0,7	31,7	27,4	0,6
Україна (абс.дані)	117566	39839	21079	2153	153	7401	6373	139
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	19,1	9,8	7,4	20,7	43,1	9,5	19,1	32,8
2021 рік								
Україна (на 100 тис. нас.)	564,3	181,8	95,1	9,7	0,7	33,4	28,8	0,5
Україна (абс.дані)	128072	41069	21885	2260	152	7682	6585	111
% працездатного до всіх померлих від цієї нозології	17,9	9,6	7,3	20,4	37,7	9,3	17,9	29,2

Таблиця 56. Смертність **всього населення** України від серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб у 2014-2021 рр.

	2014 р.		2017 р.		2018 р.		2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	Абс. число	На 100 тис.										
Усі хвороби	632296	1474,8	574123	1353,6	587665	1481,9	581114	1464,8	616835	1597,2	714263	1855,7
ХСК	425607	992,0	384810	907,3	392060	998,3	389348	988,1	408163	1056,6	429291	1114,8
ІХС	292862	682,6	264926	624,6	269753	694,5	268341	689,1	284667	745,6	300406	788,8
ІМ	11801	27,5	9689	22,8	9662	24,0	10065	25,1	10376	26,3	11086	28,2
ЦВХ	87890	204,8	75733	178,6	76906	181,5	76232	178,5	78121	187,1	82560	199,0
Інсульти	36378	84,8	32065	75,6	32612	81,5	32836	81,7	33444	85,3	36765	94,6

Таблиця 57. Смертність **працездатного** населення України від серцево-судинних і судинно-мозкових хвороб у 2014-2021 рр.

	2014 р.		2017 р.		2018 р.		2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	Абс. число	На 100 тис.										
Усі хвороби	124534	493,8	105136	434,1	109565	491,8	106249	469,3	117566	512,3	128072	564,3
ХСК	38532	152,8	34023	140,5	35800	162,7	35515	157,7	39839	174,2	41069	181,8
ІХС	21639	85,8	17695	73,1	18542	82,5	18602	80,7	21079	90,5	21885	95,1
ІМ	2472	9,8	1899	7,8	1825	8,1	1828	8,0	2153	9,2	2260	9,7
ЦВХ	7529	29,9	6691	27,6	6585	29,3	6158	26,6	7401	31,7	7682	33,4
Інсульти	6538	25,9	5833	24,1	5741	25,7	5346	23,2	6373	27,4	6585	28,8

Таблиця 58. Діяльність і витрати охорони здоров'я в країнах Європи та СНД – дані ЄБ ВООЗ*

Країни	ВВП в \$ США на душу населення		Державні витрати на ОЗ, % від ВВП, оцінка ВООЗ. (2020 р.)	Державні витрати на ОЗ, ППС\$ на душу нас. оцінка ВООЗ. (2020 р.)	Державні витрати на ОЗ, в % від загальних витрат на ОЗ, оцінка ВООЗ 2018 р. 2020 р.	Державні витрати на ОЗ, в % від загальних державних витрат, оцінка ВООЗ. (2020 р.)		
	2016 р.	2018 р.						
	1							
Швеція	51600	54608	60239	10	4385	81,6	84,0	19,0
Нідерланди	45295	53024	58061	9,5	4526	82,7	87,0	20,9
Фінляндія	43090	50152	53983	7,3	2787	75,4	75,3	12,3
Німеччина	41936	47603	50802	8,7	3990	76,5	77,0	19,6
Велика Британія	39899	42944	47334	7,6	2808	82,0	83,1	16,5
Франція	36855	41464	43519	9	3526	76,8	78,2	15,7
ЄС	31993	36357	33938	7,2	2706	77,6	75,2	15,1
Італія	30527	34483	35551	7	2449	73,9	75,6	13,7
Греція	18104	20324	20277	5	1294	61,8	61,7	10,0
Угорщина	12665	16162	18773	4,9	1205	65,0	66,0	10,1
Польща	12372	15421	17841	4,5	1115	70,3	71,0	10,7
РФ	8748	11289	12173	3,7	958	73,2	52,2	9,5
Болгарія	7351	9273	11635	4,6	763	100	54,6	10,9
СНД	6029	7644	7157	3,4	636	66,2	51,1	9,8
Білорусь	4989	6290	7304	3,7	678	71,2	65,8	13,8
Україна	2186	3095	4836	3,6	297	54,7	50,8	10,8

Примітка: * Європейська база даних «Здоров'я для всіх», регіональне відділення ВООЗ (оновлення – 04.10.2023 р.)

Таблиця 59. Діяльність і витрати охорони здоров'я в країнах Європи та СНД – дані ЄБ ВООЗ*

Країни	Загальні витрати на ОЗ, ППС\$ на душу нас., оцінка ВООЗ, 2020 р.	Частка загальних витрат на ОЗ, % від ВВП оцінка ВООЗ, 2020 р.	Частка приватних витрат на ОЗ, % від ВВП оцінка ВООЗ, 2020 р.	Частка приватних витрат на ОЗ, % від загальних витрат на ОЗ, оцінка ВООЗ, 2020 р.	Загальні витрати на стац. доп., в % від загальних витрат на ОЗ *	Державні витрати на стац. доп., в % від заг. витрат на стаціон. допомогу *	Державні витрати на медикаменти, в % від загальних витрат на медикаменти*
Швеція	5219	11,9	1,9	16	28,4	98,3	58,3
Нідерланди	5202	10,9	1,4	13	40,4	91,7	68,4
Фінляндія	3701	9,7	2,4	24,7	35,1	87,4	55,9
Німеччина	5182	11,3	2,6	23	34,8	83,9	75,6
Велика Британія	3377	9,1	1,5	16,9	36,0	81,0	61,2
Франція	4508	11,5	2,5	21,8	37,1	93,0	68,0
ЄС	3540	9,5	2,2	23,8	36,0	88,9	64,1
Італія	3239	9,3	2,3	24,4	33,4	90,0	61,9
Греція	2098	8,1	3,1	38,3	41,2	65,7	54,8
Угорщина	1827	7,4	2,5	34	26,9	87,9	49,0
Польща	1570	6,3	1,8	29	32,0	94,7	39,4
РФ	1836	7,1	3,4	47,8	73,6	43,8	26,1
Болгарія	1399	8,4	3,8	45,4	59,0	100	-
СНД	1232	6,6	3,2	48,9	67,3	-	-
Білорусь	1031	5,7	2,0	34,2	47,9	94,7	39,3
Україна	584	7,1	3,5	49,2	32,6	100	34,9

Примітка: * Європейська база даних «Здоров'я для всіх», регіональне відділення ВООЗ (оновлення – 4.10.2023 р.)

Таблиця 60. Показники ресурсів медичної допомоги в країнах Європи та СНД - дані ЄБ ВООЗ*

Країни	Серед тривалість перебування в стаціонарі нехронічного профілю (дні)	Середня зайнятість ліжка у стаціонарі нехронічного профілю (в %)	К-ть ліжок у лікар. нехроніч. профілю	К-ть лікарів	Кількість лікарів загальної практики	К-ть лікарів-терапевтів	К-ть медичних сестер	Відсоток лікарів ПМСД від загальної кількості (%)
Швеція	5,4	78,0	23,5	41,2	6,5	9,4	119,2	15,5
Нідерланди	6,4	46,0	33,2	33,5	8,0	8,5	85,6	23,9
Фінляндія	6,7	74,0	30,8	30,2	-	7,3	145,4	39,7
Німеччина	7,6	80,0	62,1	41,3	6,7	9,6	134,8	16,2
Велика Британія	6,0	84,0	22,8	28,1	7,9	6,8	84,4	28,1
Франція	5,8	76,0	42,8	32,3	15,9	8,6	106,0	49,2
ЄС	6,5	76,0	41,9	36,1	8,0	10,6	86,7	22,2
Італія	6,8	77,0	27,5	39,5	7,5	14,2	64,8	19,0
Греція	5,4	72,0	34,6	62,5	3,9	24,1	34,4	6,0
Угорщина	5,7	71,0	42,9	33,2	-	7,8	65,7	10,2
Польща	6,6	74,1	48,8	22,7	2,2	10,2	57,4	9,7
РФ	8,9	80,0	64,1	33,1	3,2	9,7	45,7	9,7
Болгарія	9,8	84,2	59,5	40,0	6,3	13,4	48,7	15,8
СНД	8,4	75,0	56,4	30,9	3,6	9,1	62,0	11,7
Білорусь	8,9	89,0	86,6	40,7	0,9	15,8	109,0	2,2
Україна	9,4	83,0	61,3	30,0	3,6	11,4	66,8	12,0

Примітка: * Європейська база даних «Здоров'я для всіх», регіональне відділення ВООЗ (оновлення – 4.10.2023 р.)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

_____ (керівник закладу)

« _____ » _____ 20 ____ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: *«Динаміка стану здоров'я населення в умовах війни в Україні» (Посібник).*

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою у складі: Маноїленко Т.С., Кириченко А.Г., Корнацький Ю.В., Гандзюк В.А., Ревенько І.Л., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. С. Хороброго, 5.

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу, ПТСП та інших захворюваннях*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати - лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом: _____

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) _____

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків) _____

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів) _____

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо) _____

6. Пропозиції та зауваження: _____

Відповідальний за впровадження _____ (П.І.П., підпис)

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Корнацький В., Кириченко А., Дорогой А., Манойленко Т. та співавт. Стрес і хвороби системи кровообігу (посібник) / Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. - Київ, 2015 р. – 354 с.
2. Іпатов А.В., Кириченко А.Г., Корнацький В.М., Рожкова І.В. та співавт. Психологічний супровід постраждалих внаслідок бойових дій (посібник) / Дніпропетровськ. – 2015 р. - ТОВ «Акцепт ПП». – 189 с.
3. Корнацький В.М., Мороз Д.М. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією (стаття) / Буковинський медичний вісник. Том 19, № 4 (76). – 2015 р. – С. 84-88.
4. Корнацький В., Дяченко Л., Михальчук В. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення (стаття) / Український кардіологічний журнал. – № 2. - 2017. - С. 106-113.
5. Корнацький В., Михальчук В., Дяченко Л. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань (стаття) / Світ медицини та біології. - № 1 (59). – 2017. – С.194 – 202.
6. Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л. та співавт. За ред. В.М.Коваленка, В.М. Корнацького. Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні (посібник) / Київ, 2018 р. – 214 с.
7. Корнацький В., Михальчук В., Дяченко Л. Влияние нарушений психического здоровья и наличие стрессового состояния у амбулаторного пациента на течение заболеваний (стаття) / Международный научно-практический журнал «Психиатрия, психо-терапия и клиническая психология». – 2018. – том 9, № 2. – С. 177-184.
8. Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Циж О.В. та співавт. За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Стан здоров'я народу України та медичної допомоги третинного рівня (посібник) / Київ. – 2019 р. – СПД ФО “Коломіцин В.Ю.” - 216 с.

9. Гічун В.С., Кириченко А.Г., Мясников Г.В., Корнацький В.М. та співавт. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту / Монографія. Дніпро. – 2019 р. - “Акцент ПП” - 323 с.
10. Стеблюк В.В., Лурін І.В., Савицький В., Швець В.С. та співавт. Розвиток системи фізичної та реабілітаційної медицини в умовах ведення збройного конфлікту / Монографія. Видавництво «Людмила». - Київ. – 2020 р. – С. 436.
11. Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Циж О.В. та співавтори. За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Стан здоров'я народу України. Нові загрози та виклики (посібник) / Київ.– 2020 р. – друкарня «Гордон». – 198с. (електронна версія).
12. Кириченко А., Сердюк В., Корнацький В., Абрамов С. та співавт. Профілактика вегетативної дезадаптації військових (стаття) / Журнал «World of Medicine and Biology», Полтава. – 2020. № 2(72). - С. 70-74.
13. Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Ревенько І.Л. та співавт. За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Стан здоров'я народу України в умовах війни (посібник) / Київ. – 2022 р. – СПД ФО “Коломіцин В.Ю.” - 219 с.
14. Корнацький В.М. Проблеми здоров'я в умовах війни. Розділ у монографії «Стрес і серцево-судинні захворювання в умовах воєнного стану». - К.: МПБП «Гордон», 2022. – С. 5-25
15. Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Ревенько І.Л. та співавт. За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Проблеми охорони здоров'я України в умовах наслідків пандемії COVID-19 і воєнних дій / Видавець Третяков О.М. - Черкаси. – 2023 рік. – 176 с.
16. Європейська база даних ЗДВ, оновлення у січні 2024 року.
17. Європейська деталізована база даних по смертності (ЄДБДС, 2017 р.).
18. World Population Prospects 2019, сайт ВООЗ, 2019 р.
19. Prevention and epidemiology European Society of Cardiology Cardiovascular Disease Statistics 2017 / European Heart Journal (2018) 39, 508-577.

Навчальне видання

Коваленко Володимир Миколайович
Корнацький Василь Михайлович
Редакційна колегія

Манойленко Т. С., Кириченко А. Г., Корнацький Ю. В.,
Гандзюк В. А., Ревенько І. Л., Беляєва Т. В.
Робоча група

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

(посібник)

Технічний редактор
Олександр Третяков

Підп. до друку 29.08.2024. Формат 60×84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman Умов. друк. арк. 5,8.
Наклад 1000 прим. Вид. № 17-24.

Видавець Третяков Олександр Миколайович.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців
Серія ДК No 4862 від 11.03.2015 р.

Україна, 18001, м. Черкаси, вул. Слави, 1, к. 24. Тел.: 067 4701314.
E-mail: book_brama@ukr.net