УДК 616.12-082
В 80

Під редакцією:

Коваленка Володимира Миколайовича,
академіка НАМН України, професора, д.мед.н.,
заслуженого діяча науки і техніки України,
лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки

Гриня Владислава Костянтиновича,
академіка НАМН України, професора, д.мед.н.,
заслуженого лікаря України,
лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки

Корнацького Василя Михайловича,
член-кор. НАМН України, д.мед.н., професора,
заслуженого лікаря України,
лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки

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

Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Корнацький Ю.В., Бєляєва Т.В.

В 80 Вплив наслідків пандемії COVID-19 та воєнних дій на здоров'я населення : посіб. / під ред. В.М. Коваленка, В.К. Гриня, В.М. Корнацького. — Вид. 2-ге, допов. і перероб. — Черкаси: Видавець Третяков О.М., 2026. — 280 с.
ISBN 978-617-8725-19-8

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

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.

УДК 616.12-082

ISBN 978-617-8725-19-8

УДК 616.12-082

Вплив наслідків пандемії COVID-19 та воєнних дій на здоров'я населення. Рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики

Під редакцією:

Коваленка Володимира Миколайовича,
академіка НАМН України, професора, д.мед.н.,
заслуженого діяча науки і техніки України,
лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки

Гриня Владислава Костянтиновича,
академіка НАМН України, професора, д.мед.н.,
заслуженого лікаря України,
лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки

Корнацького Василя Михайловича,
член-кор. НАМН України, д.мед.н., професора,
заслуженого лікаря України,
лауреата Державної премії України в галузі науки і техніки

Підготовлено робочою групою Центру профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації та інших фахівців:
Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Корнацький Ю.В., Бєляєва Т.В.

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.

П Р И С В Я Ч У Є Т Ь С Я

150-річчю з дня народження

академіка Миколи Дмитровича Стражеска

та 90-річчю з дня заснування ним

Інституту клінічної медицини,

реорганізованого в

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології,

клінічної та регенеративної медицини

імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень……..7
1. Зміцнення системи охорони здоров'я України у співпраці з ВООЗ і ЄС……9
1.1. Зростаюча потреба у послугах психолого-психіатричної, травматологічної та реабілітаційної допомоги…….....13
1.2. Друга Європейська програма роботи на 2026-2030 роки……...17
2. Покращання здоров'я населення світу під увагою ВООЗ……19
2.1. Основні загрози, які стоять перед людством……...21
2.2. Тривалість життя, тривалість здорового життя і тягар хвороб через призму пандемії COVID-19……..23
2.2.1. Регіональні тренди очікуваної тривалості життя…….24
2.2.2. Динаміка тривалості життя в Україні……26
2.3. Зміщення тягаря хвороб……31
2.3.1. Об'єднані категорії причин смерті……31
2.3.2. Головні причини смерті……..33
2.3.3. Десять основних причин смерті у світі……...34
2.4. Показники ЦСР, пов'язані зі смертністю ……41
2.4.1. Здоров'я матері та дитини……..42
2.4.2. Смертність внаслідок поранення……...42
2.4.3. Смертність внаслідок НІЗ……..45
2.4.4. Смертність, спричинена екологічними факторами ризику……47
2.5. Пов'язані із здоров'ям Цілі сталого розвитку……48
2.5.1. Інфекційні хвороби……48
2.5.2. Фактори ризику для здоров'я……. ……...52
2.6. Зміцнення системи охорони здоров'я - ключовий засіб у досягненні збільшення охоплення послугами ОЗ……..54
2.6.1. Надання послуг у системі охорони здоров'я……55
2.6.2. Фінансування системи охорони здоров'я……57
2.6.3. Успіхі у досягненні Цілей сталого розвитку на сьогодні……58

2.7. Прогрес ВООЗ на шляху до мети «Потрійний мільярд»……58
2.8. Ключові проблеми та тенденції у глобальній охороні здоров'я……62
2.8.1. Пов'язані з інвалідністю нерівності у стані здоров'я……63
2.8.2. Здоров'я біженців і мігрантів……67
3. Стан охорони здоров'я у Європейському регіоні……..74
3.1. Більш ефективна система охорони здоров'я дітей і матерів……..75
3.1.1. Демографічна ситуація у світі……77
3.1.2. Демографічна ситуація в Україні……...82
3.2. Боротьба з НІЗ, яким можна запобігти……91
3.2.1. Динаміка смертності від НІЗ в Україні……93
3.3. Подолання проблем зростання порушень психічного здоров'я та душевного благополуччя……..94
3.3.1. Стан психічного здоров'я населення України……..97
3.3.2. Нова настанова ВООЗ щодо охорони психічного здоров'я…….....107
3.4. Активізація боротьби з інфекційними хворобами……110
3.5. Удосконалення систем охорони здоров'я для підвищення їх життєстійкості……111
3.6. Забезпечення більш надійної доказової бази для вироблення політики в галузі охорони здоров'я……..113
4. Європейська база даних «Здоров'я для всіх»…… ..114
5. Бойові дії та їх наслідки для здоров'я військових і цивільного населення…… …116
5.1. Психосоціальні особливості учасників бойових дій……123
5.1.1. Історія формування концепції синдромів військових конфліктів……126
5.1.2. «В'єтнамський» синдром……130
5.1.3. «Афганський синдром»……132
5.2. Військові дії в Україні та їх наслідки……135
5.2.1. Вплив бойових дій на психічний стан людей……137
5.2.2. Посттравматичний стресовий розлад та розлад адаптації - незалежні фактори ризику розвитку ХСК……140

5.2.3. Розвиток цереброваскулярної патології під впливом стресу……..143
5.2.4. Психотерапевтична допомога в кардіології учасникам і постраждалим внаслідок бойових дій. Патопластичний ефект……144
5.2.5. Визначення психологічного статусу учасника бойових дій…….....146
5.2.6. Повернення ветеранів у мирне життя після війни……149
5.2.6.1. Досвід розвинених країн як зразок для побудови власної системи адаптації ветеранів……154
5.2.6.2. Створення умов поверненню ветеранів до мирного життя……157
5.3. Дослідження кардіологічних хворих на третинному етапі допомоги…..163
5.3.1. Коморбідна цереброваскулярна патологія у постраждалих внаслідок бойових дій……166
5.3.1.1. Актуальність дослідження……166
5.3.1.2. Результати дослідження……173
5.3.2. Дослідження психологічного стану пацієнтів на третинному етапі медичної допомоги……181
5.3.2.1. Актуальність оцінки та корекції психологічного стану пацієнта……..181
5.3.2.2. Результати дослідження……182
5.4. Висновки. Рекомендації……186
Список використаних джерел……191
ДОДАТОК 1 Показники стану здоров'я населення Європи і світу……...202
ДОДАТОК 2 Підсумки роботи клінік інститутів НАМН України……247
ДОДАТОК 3 Анкета……..277
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ…….279

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія
АМР - антимікробна резистентність
ARR - Annual Recurring Revenue (щорічний регулярний дохід)
АТ – артеріальний тиск
БД-ЗДВ – база даних «Здоров’я для всіх»
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я
ВПО – внутрішньо переміщені особи
ГЕБ - гематоенцефалічний бар’єр
ГІМ – гострий інфаркт міокарда
ГПМК – гострі порушення мозкового кровообігу
ГХ – гіпертонічна хвороба серця
ГТС - глобальна технічна стратегія
ДАТ – діастолічний артеріальний тиск
ДТП – дорожньо-транспорті пригоди
ЗДВ – база даних «Здоров’я для всіх»
ЗРС - загальний рівень смертності
ЗПР – загальна програма роботи ВООЗ (ЗП 13, ЗП 14)
ЗСУ – Збройні сили України
ЗТХ - забуті тропічні хвороби
ІЗ - інфекційні захворювання
ІМ – інфаркт міокарда
ІМТ – індекс маси тіла
ІНДШ - інфекції нижніх дихальних шляхів
ІХС – ішемічна хвороба серця
ЛКП - легкі когнітивні порушення
МІ – мозковий інсульт
НГ – Національна гвардія
НІЗ - неінфекційні захворювання
ОЗ - охорона здоров’я
ОЕСР - Організації економічного співробітництва та розвитку
ОПОЗ - охоплення послугами охорони здоров'я
ОТЖ - очікувана тривалість життя
ОТЗЖ – очікувана тривалість здорового життя

ПЗ – психічне здоров’я
ПМД – первинна медична допомога
ПМСД - первинна медико-санітарна допомога
ПР – психічний розлад
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
РА – розлад адаптації
РААС - ренін-ангіотензин-альдостеронова система
САТ – систолічний артеріальний тиск
СБ – Світовий банк
СБН - стимуляція блукаючого нерву
СКН - сукупний коефіцієнт народжуваності
СПП - стійкість до протимікробних препаратів
СПС - стандартизований за віком показник смертності
ССЗ – серцево-судинні захворювання
ССР – соціально-стресові розлади
ТБ - туберкульоз
ТВД – тривалі воєнні дії
ТДС – тривожні депресивні стани
ТЖК - транс-жирні кислоти
ТІА – транзиторні ішемічні атаки
ТПО – тимчасово переміщені особи
ХОХЛ - хронічна обструктивна хвороба легень
ХСК – хвороби системи кровообігу
УБД – учасник бойових дій
ЦВП – цереброваскулярна патологія
ЦВХ – цереброваскулярні хвороби
ЦД – цукровий діабет
ЦНС – центральна нервова система
ЦРТ - цілі розвитку тисячоліття
ЦСР – цілі сталого розвитку
ФР – фактори ризику
ЧМТ - черепно-мозкова травма
ЄР - європейський регіон
ЄРБ - Європейське регіональне бюро ВООЗ
ЄС – Європейський союз

1. ЗМІЦНЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ У СПІВПРАЦІ З ВООЗ І ЄС

Здоров'я – основа мирного життя та відновлення. Право на здоров'я та доступ до послуг завжди мають бути захищені, особливо під час кризи. Це медичні працівники, служби екстреної допомоги, пацієнти, предмети постачання, транспорт, об'єкти інфраструктури. Вкрай важливо забезпечити доставку життєво необхідних медичних матеріалів, у тому числі кисню, тим, хто їх потребує [31].

Європейське регіональне бюро (ЄРБ) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) продовжує надавати таку необхідну підтримку у задоволенні невідкладних потреб у галузі охорони здоров'я (ОЗ). Забезпечення здоров'я та благополуччя всіх людей лежить в основі мандату та зобов'язань ВООЗ у всіх ситуаціях, включаючи гуманітарні кризи та конфлікти.

Зміцнення системи ОЗ означає повернення надії, гідності та впевненості у завтрашньому дні. Співробітники ВООЗ вживають усіх необхідних заходів вже зараз, не чекаючи на закінчення війни в Україні, одночасно працюючи над відновленням, реагуванням та реформуванням. Кожен відкладений захід погіршує ситуацію та збільшує майбутні витрати. Саме тому ВООЗ звертається до міжнародних партнерів: зараз, як ніколи, потрібна ваша підтримка. Разом ми зможемо зробити все для того, щоб ніхто в Україні не залишився поза увагою.

В умовах найсильнішого тиску на систему охорони здоров'я України, зумовленого війною, партнерство між Європейським союзом (ЄС) і ВООЗ допомагає країні забезпечити доступність основних медичних послуг та зміцнити систему охорони здоров'я для подолання майбутніх проблем.

Екстрені рішення та довгострокові реформи, які є частиною спільного проекту Генерального директорату Європейської комісії з питань розширення та східного сусідства (DG ENEST) та ВООЗ, сприяють підвищенню стійкості, відновленню та забезпеченню справедливого доступу до медичної допомоги для мільйонів українців [31].

В умовах постійних атак на найважливіші об'єкти енергетичної інфраструктури та збільшених потреб у медичних послугах – особливо у

прифронтових та постраждалих від війни районах – проект приділяє основну увагу підтримці лікарень, зміцненню системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), покращенню доступу до ліків та вирішенню пріоритетних проблем охорони здоров'я [31].

«За підтримки ЄС, що надається через DG ENEST, ВООЗ допомагає подолати безпосередні ризики, одночасно підтримуючи реформи та забезпечуючи довгострокові медичні потреби, що вкрай важливо для подальшого функціонування медичних служб та доступності медичних послуг для людей, які їх потребують», - сказав д-р Jarno Habicht, представник ВООЗ в Україні [31].

Для *забезпечення роботи лікарень у зимовий період* ВООЗ встановила шість модульних теплових установок у лікарнях Запорізької та Чернівецької областей, що дає змогу цим установам працювати незалежно від міських систем централізованого теплопостачання. Ці установки захищають пацієнтів, медичних працівників та критично важливе медичне обладнання під час тривалих перебоїв з подачею опалення, дозволяючи лікарням продовжувати надавати медичну допомогу протягом усієї зими [31].

Також було покращено доступ до *безпечної води*, необхідної для профілактики інфекцій та забезпечення якісного медичного догляду. ВООЗ встановила п'ять сучасних станцій водоочищення у великих лікарнях міста Харкова та Харківської області. Кожна станція проводить кілька етапів очищення, забезпечуючи надійність та високу якість води для операційних, пологових палат та відділень інтенсивної терапії [31]..

У той же час ВООЗ доставила до медичних закладів, розташованих поруч з лінією фронту, необхідні ліки, засоби для надання травматологічної допомоги та обладнання для надання екстреної медичної допомоги, задовольнивши таким чином невідкладні потреби, зумовлені бойовими діями.

Крім заходів реагування на надзвичайні ситуації, проект DG ENEST та ВООЗ підтримує зміцнення системи охорони здоров'я у довгостроковій перспективі, приділяючи особливу увагу *фінансуванню охорони здоров'я, питанням управління та послуг ПМСД*.

ВООЗ допомагає формально закріпити процеси управління, покращити бюджетне планування та зміцнити систему ПМСД, особливо у сільських районах та областях, які сильно постраждали від війни. Підтримка Програми медичних гарантій сприяла наближенню України до принципів ЄС щодо прозорості, підзвітності та належного державного управління [31].

У тісній співпраці з Урядом України ВООЗ провела оцінку витрат на ПМСД та підтримала перегляд моделі фінансування з метою повного врахування потреб пацієнтів та наявних ресурсів в умовах воєнного часу.

Це допомогло у 2025 р. збільшити виплати, розширити фінансування послуг з охорони психічного здоров'я (ПЗ), а для сільських та прифронтових районів було запроваджено додаткову підтримку, що покращило доступ до медичної допомоги для більш ніж п'яти мільйонів осіб.

Технічна допомога ВООЗ також сприяла формуванню Програми медичних гарантій на 2026 р., внаслідок чого капітаційна ставка (подушний норматив) була збільшена на 19 %, що покращило фінансування постачальників медичних послуг та дозволило зберегти пріоритетність первинної медичної допомоги (ПМД), незважаючи на труднощі, пов'язані з війною.

Це партнерство також сприяє *покращенню доступу до ліків* за рахунок приведення національних стандартів у відповідність до правил ВООЗ та ЄС, удосконалення систем закупівель та створення основи для сталого місцевого виробництва. Серед ініціатив, що реалізуються в цій сфері, – посилення системи відшкодування витрат на основні лікарські засоби, покращення управління ланцюжком поставок та механізмів забезпечення якості, а також розширення професійної підготовки.

Переміщені особи, жителі постраждалих регіонів та люди похилого віку, які проживають у сільських районах, отримали доступ до національної програми відшкодування вартості лікарських засобів «Доступні ліки», що сприяє забезпеченню безперервного лікування. Щоб ефективно розподіляти ресурси та забезпечувати справедливий доступ до лікування, ВООЗ розробила модель аналізу впливу на бюджет, що поєднує дані про фармацевтичний ринок та особливості використання ліків пацієнтами [31].

ВООЗ звертає увагу на зростання в Україні *неінфекційних захворювань* (НІЗ), через обумовлені війною недоліки у наданні вчасної медичної допомоги. У рамках партнерства з DG ENEST ВООЗ надає підтримку органам влади у посиленні профілактики, раннього виявлення та лікування з використанням оновлених клінічних рекомендацій, систем епідеміологічного нагляду та ініціатив щодо інформування громадськості.

У 2025 р. на Черкащині стартувала пілотна програма скринінгу раку шийки матки, спрямована на впровадження нових національних рекомендацій. Медичні працівники пройшли навчання з питань ранньої діагностики та профілактики цього виду раку, а місцеві спільноти допомогли оцінити готовність до майбутнього загальнонаціонального впровадження програми [31].

Оцінка потреб також дозволила виявити сильні сторони та недоліки в системі онкологічної допомоги та намітити пріоритетні подальші кроки щодо підвищення якості послуг.

Артеріальна гіпертензія залишається одним із провідних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні. За даними ВООЗ, кожен третій українець страждає на підвищений артеріальний тиск.

У взаємодії з МОЗ України ВООЗ підтримала перегляд національних клінічних рекомендацій щодо лікування гіпертонії та організувала навчання для фахівців первинної ланки охорони здоров'я. У рамках загальнонаціональної інформаційної кампанії наголошувалося на тому, що виміряти артеріальний тиск дуже просто, а регулярний контроль тиску рятує людям життя. У рамках серії вебінарів ВООЗ охопила понад 1700 сімейних лікарів у всій країні [31].

ВООЗ також продовжує підтримувати багатосекторальні стратегії щодо *зниження факторів ризику НІЗ*, включаючи боротьбу із вживанням алкоголю, виключення промислово вироблених трансжирів зі складу харчових продуктів, посилення оподаткування тютюнових виробів та проведення реформ з метою забезпечення здорового шкільного харчування, що підтримуються ініціативою «П'ять кроків до здорового харчування».

Щоб захистити Україну від майбутніх загроз здоров'ю, ВООЗ посилює епіднагляд над захворюваннями та заходи щодо *боротьби зі стійкістю до*

протимікробних препаратів (СПП). Завдяки впровадженню системи для збирання епідеміологічних даних з відкритих джерел та проведенню національних опитувальних досліджень з проблеми СПП було підвищено потенціал у галузі раннього попередження та реагування на спалахи захворювань [31].

Впровадження підходу «Єдине здоров'я» сприяє реалізації Національного плану дій щодо боротьби із СПП, створення інтегрованої системи нагляду та проведення загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній.

1.1. Зростаюча потреба у послугах психолого-психіатричної, травматологічної та реабілітаційної допомоги

Після початку повномасштабної війни в Україні ВООЗ зафіксувала більше 2000 нападів на медичні об'єкти та персонал. У 2026 році такі напади не припинилися, і продовжують фіксуватися практично щодня.

Відповідно до останньої проведеної ВООЗ оцінки потреб у послугах охорони здоров'я в Україні (жовтень 2024 р.), 68 % українців відзначають погіршення стану свого здоров'я порівняно з довоєнним періодом. Найбільш поширеними порушеннями здоров'я є проблеми з психічним здоров'ям (46 %), за якими йдуть психічні розлади (41 %) та неврологічні захворювання (39 %) [30].

На сьогодні порушення психічного здоров'я спостерігаються у більш ніж 150 мільйонів жителів ЄР ВООЗ, а необхідну допомогу при депресії отримує лише одна із трьох осіб, які її потребують.

З метою усунення цих прогалин щодо психолого-психіатричної допомоги та підтримки, ЄРБ ВООЗ заснувало Загальноєвропейську коаліцію з охорони ПЗ.

Мета партнерства - сприяти покращенню показників психічного здоров'я населення ЄР ВООЗ. Коаліція займатиметься подоланням недоліків у наданні психолого-психіатричної допомоги, мобілізуючи зусилля лідерів країн, фахівців, громадянського суспільства, міжнародних організацій та експертів для того, щоб вивести проблеми ПЗ з тіні та зробити їх важливою частиною сучасного порядку денного. Пріоритетом роботи Коаліції є досягнення позитивних змін у наданні

послуг в охороні ПЗ та вчасному реагуванні на надзвичайні ситуації та після-кризове відновлення, а також у профілактиці його порушень на всіх етапах життя.

Цілі коаліції:

• забезпечити всеосяжну структуру для обміну досвідом та мобілізації на національному рівні лідерів, активістів та захисників прав та прихильників інновацій щодо відповідних послуг;

• забезпечити базу для аналізу, за участю цілої низки організацій, набутого досвіду та перспектив на майбутнє для вироблення та реалізації політики щодо психічного здоров'я для всього ЄР;

• стимулювати фундаментальні та прикладні наукові дослідження щодо ПЗ, з особливою увагою до точок дотику між: медичною допомогою, соціальною та на рівні місцевих спільнот, психічним здоров'ям та гендерними питаннями тощо;

• організовувати на рівні країн діалоги з питань політики щодо ПЗ та психосоціальної підтримки, що дозволить належним чином відобразити в національних заходах та планах ключові пріоритети у сфері ПЗ (включаючи міжсекторальні заходи профілактики, цифровізацію послуг, співробітництво між структурами ОЗ і соціального захисту та судову психіатрію).

На *неінфекційні захворювання* в Україні припадає 84 % усіх випадків смерті. Основними перешкодами для отримання медичної допомоги пацієнтами з НІЗ є недоступність послуг та висока вартість ліків; у цій ситуації люди з хронічними захворюваннями особливо чутливі до перебоїв у медичному обслуговуванні та наражаються на ризик незворотного погіршення здоров'я. Війна загострила потребу у медичних послугах, особливо у травматологічній та реабілітаційній допомозі [30].

За оцінками МОЗ, до середини 2024 р. внаслідок війни було проведено 100 тисяч ампутацій. Гостра нестача травматологів, протезистів та реабілітологів ще більше посилює цю кризу. Відновлення часто є справою часу, але вона також залежить від можливостей. Послуги довгострокової реабілітації для людей, які постраждали від війни, матимуть велике значення як для фізичного, так і для психологічного відновлення. ВООЗ працює над забезпеченням доступу до якісного медичного обслуговування для всіх українців, приділяючи при цьому

особливу увагу боротьбі з поширеністю НІЗ та розширенню доступу до життєво необхідних послуг психологічної допомоги [30].

ВООЗ також підтримує створення життєстійкої системи ОЗ, працюючи у взаємодії з МОЗ та Національною службою здоров'я України щодо оновлення пакетів відшкодування витрат на медичні послуги (включаючи послуги реабілітації), та над стандартизацією інструментарію оцінки. Це гарантує, що ресурси будуть прямувати туди, де вони найбільше необхідні, і закладе міцну основу для надання якісної допомоги [30].

Основні досягнення у сфері охорони психічного здоров'я включають розробку Цільової моделі системи у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні та Національного плану заходів у сфері охорони ПЗ на 2024-2026 рр., а також плани на рівні областей.

Реабілітація є одним із найважливіших напрямків по збільшенню кадрового потенціалу. До кінця 2024 р. ВООЗ провела навчання багатопрофільних реабілітаційних команд із 28 неспеціалізованих стаціонарних реабілітаційних відділень із 11 областей. Одним із ключових досягнень стала *реформа системи лікування інсульту в Україні,* під час якої ВООЗ очолювала технічні обговорення, проводила клінічні аудити та надавала підтримку у моніторингу роботи більш ніж 50 медичних закладів з метою покращення надання невідкладної допомоги.

ВООЗ також представила пакет основних заходів щодо боротьби з НІЗ, наголосивши на інтегрованому лікуванні цих захворювань в умовах обмежених ресурсів.

Доступ до медичного обслуговування залишається гострою проблемою у масштабах усієї України. Кожен четвертий житель країни (25 %) повідомляє про зниження доступності медичних послуг з початку повномасштабного вторгнення в лютому 2022 року [30].

Вартість ліків та лікування, як і раніше, є однією з основних перешкод для отримання медичної допомоги: 35 % людей у жовтні 2024 р. вказали, що їм доводилося відкладати звернення.

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) входять до найбільш уразливих груп населення: 13 % ВПО не мають доступу до установ ПМСД, тоді як серед приймаючого населення цей показник становить лише 6 % [30].

Аналогічно 9 % ВПО не мають доступу до послуг сімейного лікаря (порівняно з 4 % місцевих мешканців), а 12 % не підписали декларацію із сімейним лікарем, порівняно з 5 % приймаючого населення. Хоча ВПО частіше відзначають позитивні зміни у медичному обслуговуванні, ніж місцеві мешканці, рівень доступності ПМСД та профілактичних послуг для них нижчий [30].

Нерівність у доступі до медичного обслуговування дедалі більше посилюється, особливо у районах, розташованих поруч із лінією фронту. Найбільш пошкоджені та проблемні медичні установи розташовані вздовж лінії фронту, де населення (включаючи літніх людей та людей з інвалідністю) піддається численним факторам ураження. Ці установи стикаються з такими проблемами, як перебої з постачанням медикаментів, брак медичних працівників та значні перешкоди у медичній допомозі.

У 10 прифронтових областях 68 % дорослих скаржаться на погіршення здоров'я. Найвищий рівень вимушеної відмови від звернення за послугами медичної допомоги зазначається у Херсоні (43 %), Харкові (24 %) та Запоріжжі (18 %). Перебої, що продовжуються, в роботі медичних закладів у цих областях вказують на гостру необхідність у постійній підтримці та вжитті заходів [30].

У 2025 році ВООЗ змістила акцент із надання надзвичайної допомоги на нарощування потенціалу, приділивши першочергову увагу ПМСД та таким найважливішим областям, як НІЗ, імунізація, психічне здоров'я, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, інфекційний контроль та боротьба зі стійкістю до протимікробних препаратів.

ВООЗ співпрацює з українською владою з метою посилення заходів щодо охорони здоров'я та активізації зусиль по відновленню медичної інфраструктури, включаючи встановлення 29 модульних амбулаторій у постраждалих регіонах.

Крім того, ведеться робота над розширенням можливостей для підвищення кваліфікації медсестер та медичних працівників з метою вирішення проблеми

нестачі кадрів та зміцнення системи охорони здоров'я загалом, що сприятиме відновленню здоров'я та поверненню надій населенню України.

ВООЗ тісно співпрацює зі своїми офісами в Україні та сусідніх країнах, а також з партнерами, щоб швидко реагувати на надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я, спричинену конфліктом, та мінімізувати перебої у наданні найважливіших медичних послуг.

Право на здоров'я та доступ до послуг завжди мають бути захищені, особливо під час кризи. Медичні працівники, служби екстреної допомоги, пацієнти, предмети постачання, транспорт та об'єкти мають бути захищені від шкоди. Вкрай важливо забезпечити доставку життєво необхідних медичних матеріалів, у тому числі кисню, тим, хто їх потребує. ЄРБ ВООЗ продовжує надавати таку необхідну підтримку у задоволенні невідкладних потреб у галузі охорони здоров'я. Забезпечення здоров'я та благополуччя всіх людей лежить в основі мандату та зобов'язань ВООЗ у всіх ситуаціях, включаючи гуманітарні кризи та конфлікти [30].

1.2. Друга Європейська програма роботи на 2026-2030 роки

В основі Другої Європейської програми роботи на 2026-2030 рр. (ЄПР-2) лежить бачення Європейського регіону таким, де люди і спільноти мають міцніше здоров’я і живуть довше, де захист здоров’я є спільним обов’язком, здоров’я не політизується і завжди залишається у центрі уваги. Це той результат, якого ЄРБ ВООЗ та держави-члени мають намір досягти протягом п'яти років, працюючи над вирішенням найважливіших проблем ОЗ нашого часу.

ЄПР-2 складається із трьох частин:

1. Компас здоров'я - загальне перспективне бачення та колективна програма дій у галузі охорони здоров'я для ЄР ВООЗ.

2. Програма роботи для ВООЗ - чіткий набір пріоритетних завдань та дій, які ЄРБ ВООЗ здійснюватиме разом з державами-членами та в їх інтересах у період з 2026 р. по 2030 р. Програма включає п'ять пріоритетних напрямків та дві спеціальні ініціативи.

3. Дії, покликані забезпечити готовність ЄРБ ВООЗ до майбутніх викликів - це організаційні перетворення, які необхідні для того, щоб ЄРБ ВООЗ і надалі користувалося загальною довірою та залишалося цілеспрямованою, підзвітною та вчасно реагуючою на потреби країн організацією.

ЄПР-2 опирається на ЄПР-1 «Спільні дії для покращення здоров'я» (2020-2025 роки) і сприяє реалізації низки глобальних ініціатив у галузі ОЗ, таких як XIY загальна програма роботи ВООЗ та Цілі у сфері сталого розвитку.

Після проведення широких консультацій, у жовтні 2025 р. на 75 сесії ЄРБ ВООЗ усі 53 держави-члени ЄР ВООЗ одноголосно ухвалили ЄПР-2.

Концепція «Єдине здоров'я» - це підхід до розробки та здійснення програм, політики, законодавства та наукових досліджень, в рамках якого різні сектори взаємодіють між собою і працюють разом для досягнення найкращих результатів у галузі ОЗ. Підхід «Єдине здоров'я» має вирішальне значення для усунення загроз здоров'ю на стику людей, тварин та навколишнього середовища.

До напрямів діяльності, для яких підхід «Єдине здоров'я» особливо актуальний, належать:

- Безпека харчових продуктів,
- Боротьба із зоонозними захворюваннями,
- Лабораторні послуги,
- Забуті тропічні хвороби,
- Гігієна навколишнього середовища,
- Стійкість до протимікробних препаратів.

Усі ці напрямки охоплюють складні питання, які потребують тісної співпраці між секторами, зацікавленими сторонами та країнами-членами.

ВООЗ є учасницею чотиристоронньої програми «Єдине здоров'я» поряд із Продовольчою та сільськогосподарською організацією, Всесвітньою організацією з охорони здоров'я тварин та Програмою ООН з навколишнього середовища. Ці чотири організації спільно працюють над сприянням багатосекторальним заходам реагування на загрози здоров'ю, що виникають від взаємодії людини, тварини та довкілля, та надають технічні рекомендації про те, як знизити ці ризики.

2. ПОКРАЩАННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СВІТУ ПІД УВАГОЮ ВООЗ

(дані Європейського бюро ВООЗ, оновлення 21.10.2025 року)

Сьогодні перед людством стоїть низка проблем у сфері охорони здоров'я: спалахи хвороб, боротися з якими допомагає вакцинація, зростання кількості стійких до ліків патогенів; стрімке поширення ожиріння і низької фізичної активності; наслідків забруднення довкілля і зміни клімату, а також багаточисельні гуманітарні катастрофи.

Особливу увагу ООН і ВООЗ звертають на профілактику і боротьбу з неінфекційними захворюваннями, проводячи роботу на глобальному і національному рівнях, з метою забезпечити захист людей від передчасної смерті, спричиненої серцевими, легеневими, онкологічними хворобами, діабетом і психічними розладами.

У глобальній доповіді ВООЗ «Здоров'я світу - статистика 2024», проведений моніторинг здоров'я для оцінки досягнення показників Цілей сталого розвитку (ЦСР). Це видання світової статистики охорони здоров'я містить огляд тенденцій у глобальній охороні здоров'я за останні два десятиліття, які сформували світ, у якому ми живемо. Підкреслюється неочікувана і сумна реальність, яка полягає в тому, що через вплив пандемії COVID-19, очікувана тривалість життя при народженні (ОТЖ) та очікувана тривалість здорового життя (ОТЗЖ) регресували до рівня десятирічної давнини, хоча вплив був неоднаковим у різних регіонах та групах за рівнем доходу. Цей регрес та пов'язана з ним нерівність сигналізують про значні виклики для систем ОЗ, які вимагають термінової уваги та дій.

Незважаючи на те, що питома вага неінфекційних захворювань в усіх смертях зменшилася під час пандемії, вони залишаються основними причинами смерті у світі. Це справедливо для всіх регіонів ВООЗ, за винятком Африканського, де інфекційні, материнські, пренатальні та

пов’язані з харчуванням хвороби все ще є причиною більш ніж половини всіх смертей.

У всьому світі темпи зростання ОТЗЖ сповільнилися в останні роки, що відображає зростаючий тягар НІЗ та необхідність зміцнення систем ОЗ для покращення якості медичної допомоги та задоволення зростаючих вимог.

В основі цьогорічного звіту лежить критичний заклик до дій, спрямованих на прискорення прогресу в досягненні «потрійного мільярда», цілей, визначених у 13-й Загальній програмі роботи ВООЗ (ЗПР), а також у Цілях сталого розвитку, на яких вони ґрунтуються.

Очікувалося, що до 2025 року в усьому світі 585 мільйонів людей будуть охоплені основними медичними послугами без катастрофічних витрат на охорону здоров'я (у порівнянні з 2018 р.), а 777 мільйонів людей будуть краще захищені від надзвичайних ситуацій у сфері ОЗ.

Однак виявилося, що в цілому прогрес є недостатнім для досягнення ЦСР, пов'язаних зі здоров'ям, до 2030 року, так як загальмувалося виконання завдань, намічених на 2025 р. Ці прогалини відображають величезні втрачені можливості у покращенні глобальної ОЗ, та підкреслюють нагальність для світової спільноти активізувати зусилля та інвестиції у сферу ОЗ.

14-та ЗПР має на меті об'єднати Секретаріат ВООЗ, держави-члени та широку коаліцію партнерів навколо спільної стратегії заохочення, забезпечення та захисту здоров'я, а також реалізувати основоположне бачення ВООЗ щодо найвищого досяжного стандарту охорони здоров'я, як фундаментального права всіх людей.

2.1. Основні загрози, які стоять перед людством

Лише за два роки пандемія COVID-19 звела нанівець більш ніж десятирічні досягнення, як очікуваної тривалості життя при народженні, так і очікуваної тривалості здорового життя. До 2020 р. показники ОТЖ і ОТЗЖ опустилися до рівня 2016 р. (72,5 р. та 62,8 р. відповідно). У 2021 р. спостерігався подальший спад, причому обидва показники відкотилися до рівня 2012 р. (71,4 р. і 61,9 р. відповідно).

Серед регіонів ВООЗ найбільш постраждалими були регіони Північної та Південної Америки та Південно-Східної Азії, де в період з 2019 по 2021 рік тривалість життя скоротилася приблизно на 3 роки, а ОТЗЖ – на 2,5 року. Західно-Тихоокеанський регіон зазнав найменшого впливу протягом перших двох пандемічних років, з втратами менш ніж на 0,1 та 0,2 року очікуваної тривалості життя та ОТЗЖ відповідно.

У всьому світі частка смертей від НІЗ у структурі усіх смертей неухильно зростала (до 73,9 % у 2019 р.), тоді як частка інфекційних захворювань (ІЗ) знижувалася (до 18,2 %). З появою COVID-19 питома вага ІЗ зросла до 23,0 % у 2020 р. та до 28,1 % у 2021 р. – повернення до рівня 2005 року. У той же час, частка смертей від НІЗ знизилася до 70,0 % у 2020 р. та 65,3 % у 2021 р.

COVID-19 увійшов до трійки основних причин смерті у всьому світі у 2020 та 2021 роках, спричинивши 4,1 мільйона та 8,8 мільйона втрачених життів відповідно. У регіонах Північної та Південної Америки вона була головною причиною смерті обидва роки, і входила до *п'ятірки основних причин у всіх регіонах*, за винятком Африки та західної частини Тихого океану.

На середині шляху до ЦСР прогрес у досягненні Цілей, пов'язаних зі здоров'ям, був неоднозначним. Серед 53 показників, пов'язаних зі здоров'ям, включених до цієї доповіді, 32 мають числові цілі сталого розвитку або

глобальні цілі. Жодна з них ще не досягнута, і жодна не показує позитивний тренд, відповідно до сучасних тенденцій. Однак більшість індикаторів (42) показують рух у правильному напрямку.

Світ також відхилився від шляху до досягнення універсального охоплення послугами охорони здоров'я (ОПОЗ), готовності до надзвичайних ситуацій у сфері ОЗ та «Потрійного мільярда» здоров'я населення.

Очікувалося, що до 2025 р. ще 585 мільйонів людей матимуть доступ до основних медичних послуг без катастрофічних витрат на ОЗ, що значно менше цільового показника в *один мільярд*. Що стосується готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, очікувалося, що до 2025 р. буде захищено ще 777 мільйонів людей, що знову ж таки не дотягує до цільового показника (*один мільярд*). Тільки прошарок більш здорового населення може досягти своєї мети в *один мільярд* і жити більш здоровим життям. Але для досягнення більш широких ЦСР, пов'язаних зі здоров'ям, до 2030 року необхідне прискорення в усіх трьох сферах.

Світ продовжує боротися з подвійним тягарем недоїдання, яке характеризується співіснуванням недоїдання та надмірної ваги / ожиріння. У 2022 р. у всьому світі понад 1 мільярд людей віком від 5 років жили з ожирінням, тоді як понад 0,5 мільярда мали недостатню вагу. У тому ж році 148 мільйонів дітей у віці до п'яти років страждали від затримки росту, 45 мільйонів - від виснаження, а 37 мільйонів жили з надмірною вагою. Дії з подвійним обов'язком, які ефективно та результативно усувають обидва аспекти недоїдання, мають вирішальне значення для максимального використання обмежених ресурсів.

Важливими є проблеми зі здоров'ям, з якими стикаються люди з інвалідністю, а також біженці та мігранти. У всьому світі у 2021 р. приблизно 1,3 мільярда людей (16 % населення) мали інвалідність і зіштовхнулися з несправедливістю у сфері ОЗ через фактори, яких можна було уникнути.

Прогрес вимагає зміцнення систем ОЗ, які інтегрують цілеспрямовані дії для підвищення справедливості. Біженці та мігранти за своїм станом не менш здорові, ніж приймаючі популяції, проте різні неоптимальні детермінанти здоров'я, які ще більше посилюються мовними, культурними, правовими та іншими бар'єрами, означають, що вони часто відчувають значні відмінності у стані здоров'я. Доступ до медичної допомоги для біженців та мігрантів часто обмежений: лише половина з 84 країн (період з 2018 по 2021 рік), надала їм доступ до медичних послуг, що фінансуються державою, нарівні з громадянами. Відсутність якісних даних ще більше ускладнює розуміння їхніх потреб і відстеження прогресу в досягненні цілей у сфері ОЗ.

Доповідь є важливим нагадуванням про те, що сучасні системи охорони здоров'я повинні швидко адаптуватися, щоб реагувати на зміни демографічних показників і збережену нерівність.

2.2. Тривалість життя, тривалість здорового життя і тягар хвороб через призму пандемії COVID-19

Тривалість життя є одним з найінформативніших критеріїв оцінювання стану здоров’я населення та його благополуччя. Цей показник оцінює умови життєдіяльності людей і є мірилом ефективності регіональних служб охорони здоров’я. Тобто, не лише кількісно вимірює середнє число років майбутнього життя людини, а й служить індикатором його якості.

Пандемія COVID-19 завдала шкоди здоров'ю населення по всьому світу. Руйнівні наслідки пандемії, що спостерігаються в усьому світі з 2020 р. та, як очікується, продовжуватимуться у наступні роки, вплинули на здоров'я, економіку, сім'ї та суспільство.

Глобальна очікувана тривалість життя при народженні постійно зростала, починаючи з 2000 р., аж до на початку пандемії COVID-19: з 66,8

років у 2000 р. до 73,1 років у 2019 р., причому у чоловіків зростання від 64,4 до 70,6 років, а у жінок від 69,2 до 75,7 років.

За цей же період збільшилася ОТЗЖ: від 58,1 років у 2000 р. до 63,5 років у 2019 р., причому для чоловіків цей показник збільшився від 57,0 до 62,3 років, а у жінок від 59,3 до 64,6 років [1].

Проте пандемія COVID-19 переломила цю тенденцію і знищила прогрес, досягнутий майже за десятиліття, всього за два роки. ОТЖ знизилася на 0,7 року (72,5 років у 2020 р.), тобто повернення до рівня 2016 року, і ще на 1,1 року (71,4 років у 2021 р.), - повернення до рівня 2012 р. Аналогічно ОТЗЖ знизилася до 62,8 років у 2020 р. (повернення до рівня 2016 р.) та 61,9 років у 2021 р. (рівень 2012 р.) [1].

ОТЖ як чоловіків, так і жінок знизилася приблизно на 1,7 року (2019-2021 рр.) Однак зниження для чоловіків було відносно більш рівномірним: у 2020 р. на 0,8 року, у 2021 р. на 0,9 року; тоді як падіння для жінок було різним: у 2021 р. на 1,3 року, а у 2020 р. лише на 0,5 року.

Подібна диспропорція між чоловіками і жінками спостерігалася для ОТЗЖ: серед чоловіків зниження на 0,7 року (до 61,6 років) у 2020 р. і на 0,8 років (до 60,9 років) у 2021 р.; серед жінок зниження на 0,5 року (до 64,1 років) у 2020 р. та 1,1 року (до 63,0 років) у 2021 р. [1].

2.2.1. Регіональні тренди очікуваної тривалості життя

До пандемії, за період 2000-2019 рр., ОТЖ та ОТЗЖ зросли в усіх регіонах ВООЗ з різним рівнем доходів і ресурсів (дані Світового банку). Найбільше зросли показники в країнах з низьким рівнем доходів, включаючи Африканський регіон (приріст ОТЖ на 11,2 року, ОТЗЖ на 9,8 року) і Південно-Східний регіон Азії (приріст ОТЖ на 7,3 року, ОТЗЖ на 6,5 року);

та в країнах з низьким рівнем доходу (10,6 років збільшення ОТЖ та приріст ОТЗЖ на 9,3 року).

Населення країн з високим доходом і доходом вище середнього живуть довше, воно здоровіше, ніж у країнах із низьким і нижчим середнього доходом. Проте темпи покращення у високодохідних країнах зазнали стагнації з 2010 року: лише 1,1 року збільшення ОТЖ та 0,6 року ОТЗЖ у 2010-2019 рр. (це менше третини приросту в країнах, з низьким рівнем доходу, за той же період).

Вплив пандемії також був неоднаковим за регіонами та групами доходів. Регіони Америки та Південно-Східної Азії постраждали найбільше: ОТЖ в обох знизилася на 3,0 роки та ОТЗЖ на 2,5 роки між 2019 і 2021 роками. Найменше постраждав регіон Західної частини Тихого океану: протягом перших двох років пандемії (до 2020 р.) спостерігався приріст на 0,2 року ОТЖ і на 0,1 року ОТЗЖ. Однак регіон зазнав певних *втрат* (0,3 року ОТЖ і 0,3 року ОТЗЖ) у 2021 році порівняно з 2020, що перекреслило попередні досягнення.

Масштаб наслідків пандемії також відрізнявся по регіонах. Америка, регіони Європейський і Східного Середземномор'я зазнали більш серйозного впливу під час першої хвилі пандемії: у 2020 році зниження на дві третини життя для ОТЖ та три п'ятих зниження ОТЗЖ.

З поширенням Дельта-варіанту, зниження ОТЖ та ОТЗЖ в регіонах Африки та Південно-Східної Азії відбулося переважно у 2021 році, і становило щонайменше 65 % від загальних збитків у 2019-2021 рр. [1].

За групами доходів Світового банку (СБ), очікувана тривалість життя була скорочена на *0,6 року в країнах з низьким рівнем доходу* і на *2,4 року в країнах з рівнем доходу нижче середнього*, а показник ОТЗЖ скоротився на 0,6 року і 2,0 року відповідно між 2019 і 2021 роками.

Таким чином, у країнах із *рівнем доходу нижче середнього*, найбільший удар стався у 2021 році, коли було зафіксовано понад 70 % випадків втрати ОТЖ та ОТЗЖ. У країнах *з низьким рівнем доходу*, зменшення тривалості життя було мінімальним у 2020 році (лише на 2 %) [1].

У країнах із рівнем доходу вище середнього, втрата років на очікувану тривалість життя та ОТЗЖ склала 50 %; у країнах із високим рівнем доходу втрати склали понад 70 % (2019-2021 рр.), і припали на перший рік пандемії.

2.2.2. Динаміка тривалості життя в Україні

За останні роки спостерігається поступове зростання тривалості життя в Україні, хоча воно й не досягло рівня розвинених європейських країн. Як і в більшості країн світу, середня тривалість життя жінок в Україні вища, ніж у чоловіків. Такі висновки можна зробити на підставі доступних даних Держкомстату за період до 2022 р. (додаток 1, табл. 1-4, 8).

Показник очікуваної тривалості життя при народженні для хлопчиків у 2021 р., порівняно з попереднім роком, зменшився на 3,8 роки (в містах - на 3,9, у селі - на 3,2). Зміни показника ОТЖ для дівчат за той же період, виглядають таким чином: зменшення для всіх поселень - на 2,4 роки (місто - на 2,3, село - на 2,5). Кумулятивно за п’ять років цей показник для дівчат зменшився на 3,1 роки (місто - на 3,2, село - на 2,9).

Дані, наведені за 2022-2025 роки є оціночними, від різних зарубіжних джерел та українських вчених-демографів.

За оцінками, середня тривалість життя в Україні у 2023 р. становила 70 років (72 року у 2016 р.). За період 2020-2025 роки тривалість життя чоловіків скоротилася з 66,4 року до 57 років; у жінок відповідно з 76,2 року до 70 років.

Починаючи з 1990 року спостерігаємо стрімкі злети й падіння у тривалості життя під тиском криз. У 1990-му середня тривалість життя сягала 70,5 років, але гіперінфляція та Чорнобиль обвалили її до 68 у 1994-му. Відновлення почалося в 2000-х: у 2019-му зросла до 72 років завдяки кращій медицині та антиалкогольним кампаніям. Пандемія COVID-19 та війна з 2022 року стали ударом - падіння на 5-10 років (табл. 2.1, рис. 2.1).

Таблиця 2.1. Динаміка середньої тривалості життя в Україні

Рік	Загалом (роки)	Чоловіки (роки)	Жінки (роки)
2019	72,0	66,9	77,0
2021	69,8	65,2	74,4
2023	64,1	57,3	70,9
2025 (за оцінками)	63,5	57,0	70,0

Примітка: За оцінками: Мінсоцполітики України, World Bank, ООН



Рис. 2.1. Динаміка скорочення середньої тривалості життя в Україні для чоловіків і жінок (2010-2025 роки), (за оцінками Мінсоцполітики України)

Попри кризи, тенденція до зростання повертається. У 2026-му, за умови припинення бойових дій, очікується стабілізація на рівні 70 років.

Існує розрив у 11-13 років між ТЖ чоловіків та жінок. Жінки в Україні живуть довше - 75-79 років, чоловіки – 65-70. Чоловіки, як відомо, частіше курять, п’ють, ризикують на дорогах і фронті. У воєнний час розрив поглибився: чоловіча смертність від зовнішніх причин зросла на 20-30 %. У селах різниця сягає 14 років, бо чоловіки там важче працюють фізично. У Києві розрив менший - 9 років, завдяки кращій профілактиці.

Спостерігаємо і регіональні особливості: від Закарпаття до Донбасу, де тривалість життя варіюється на 10 років між регіонами. За даними Ukrstat за 2021 рік, лідерами у ТЖ є Закарпаття (75,2 роки), Львівщина (74,5), з чистим повітрям і традиційною дієтою. На Донеччині 65,8, Луганщині (65,7), де промисловість і конфлікти нищать здоров’я.

Тобто, на Заході вищі показники завдяки екології, низькому рівню споживання алкоголю, сильним родинам; у Центрі також досить високий показник (Київ - 76 років), але заважає стрес і забруднення повітря; на Сході і Півдні нижчі на 5-7 років через шахти, хімію, війну. Після 2022 р. східні регіони зазнали найбільших втрат, але міграція на захід вирівнює картину. Регіональний аналіз показує: інвестиції в медицину можуть підняти середній показник на 3-4 роки.

Факторами, що впливають на тривалість життя є серцево-судинні хвороби, які забирають 60-67 % життів - інсульти, інфаркти, куріння; онкологія – 12 %, зовнішні причини (ДТП, алкоголь, війна) – 9 %. Війна додала 20 % надмірної смертності, особливо серед 30-50 річних чоловіків.

Спосіб життя спричиняє 40 % передчасних смертей (куріння, алкоголь - чоловіки п’ють удвічі більше). В медицині не вистачає кваліфікованих

онкологів і кардіологів. Бідність скорочує життя на 7 років, а забруднення у промислових зонах ще на 2-3 роки.

У порівнянні з європейськими країнами по тривалості життя, Україна відстає від ЄС на 7-10 років, від Швейцарії на 10 років, Німеччини – 7, Польщі – 4,5 років (табл. 2.2).

Таблиця 2.2. Середня тривалість життя у 2024 р.

Назва регіону	Загалом (роки)	Жінки (роки)
Україна	64,1	70,9
Польща	78,5	81,5
Німеччина	81,0	83,5
Світ	73,5	76,0

Примітка: Джерела: WHO.int, Worldometers.info

ООН прогнозує зростання тривалості життя в Україні до 2030 року до **78** років та **80+** у 2050 р. за базовим сценарієм - з реформами медицини та закінченням війни. За оптимістичним прогнозом до 82 років (якщо ВВП зросте), за песимістичним - 72, якщо конфлікти триватимуть. Усе визначить молодь: їхні звички, спосіб життя тощо.

Війна і коронавірус разом скоротили життя українців

Наразі неможливо точно вирахувати, як війна вплинула на середню тривалість життя українців. Однак оцінюється, що тривалість життя жінок могла скоротитися на 3-5 років, а чоловіки живуть в середньому 60 років. Зниження тривалості їхнього життя - природний процес під час війни, бо на фронті в основному гинуть чоловіки.

До пандемії коронавірусу у 2019 р. українські чоловіки в середньому жили 67 років. Це на 15-17 років менше, ніж у країнах Євросоюзу. А середня

тривалість життя українок тоді була 77 років - на 10 років менше, ніж у Західній Європі.

В період епідеміологічного переходу в Україні відбуваються певні зрушення у структурі причин смерті населення, а саме зменшення ролі інфекційних патологій та посилення частки НІЗ, на які припадає найбільший тягар втрачених років життя.

Внаслідок того, що люди стали доживати до більш пізнього віку, змінилась не лише структура захворюваності й смертності населення, а й вимоги до медицини й охорони громадського здоров'я.

Нині частка передчасних смертей в Україні відбувається через основні неінфекційні захворювання, а саме: серцево-судинні, новоутворення та діабет. Основними факторами ризику виникнення й розвитку цих хвороб є зловживання алкоголем, куріння, нездорове харчування та ожиріння, недостатня фізична активність.

Пріоритетними напрямами збільшення тривалості життя в Україні є:

- боротьба із ССЗ та новоутвореннями з метою скорочення рівня смертності та підвищення середнього віку від них;

- подальша активізація антиалкогольної та антитютюнової політики;

- протидія ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та COVID-19;

- зменшення рівня травматизму.

Слід зазначити, що реалізація цих напрямів буде неефективна в разі відсутності підвищення економічного добробуту населення та гальмування вже розпочатого реформування медицини та охорони здоров'я.

Досягнути збільшення тривалості життя в Україні можливо шляхом зниження: високої передчасної смертності чоловіків у працездатному віці (особливо у віці 30-44 роки); смертності жінок як середнього, так і передпенсійного віку; дитячої смертності.

2.3. Зміщення тягаря хвороб

2.3.1. Об’єднані категорії причин смерті

Пандемія не лише зменшила здорове довголіття у всьому світі за роками, вона також змінила попередні тенденції перенесення тягаря хвороб на неінфекційні. Усі причини смертей групуються на три великі категорії: інфекційні захворювання, неінфекційні, і травми, що було зроблено ще задовго до пандемії.

У 2000 р. на НІЗ припадало 59,5 % усіх смертей у світі, але у 2019 р. відбулося зростання до 73,9 %. Питома вага комунікативних хвороб зменшилася від 32,2 % у 2000 р. до 18,2 % у 2019, а травми залишалися відносно стабільними, складали близько 8 %.

Коли COVID-19 став новою інфекційною хворобою, яка спричинила втрати людського життя, то частка смертей через інфекційні захворювання (ІЗ) повернулася до 2012 р. (23,0 % у 2020 р.) і далі, до рівня 2005 р. (28,1 % у 2021 р.). Водночас частка померлих від НІЗ зменшилася до 69,9 % у 2020 р. та до 65,3 % у 2021 р., а від травм впала до 7 % у 2020 і 2021 рр.

У Африканському регіоні до пандемії на ІЗ припадала найбільша частка смертей (54,9 %), на НІЗ - близько 36 %. Ці рівні залишалися в основному стабільними в 2019-2021 роках, що вказує на незначний вплив пандемії COVID-19 на зміни у причинах смерті.

В Західній частині Тихого океану у 2019 р. відбулися обмежені зміни в усіх трьох категоріях, при цьому на НІЗ припадало близько 88 %, а на ІЗ близько 6 % усіх смертей [1].

Однак пандемія була більш руйнівною в інших регіонах ВООЗ. Зокрема, Європейський регіон, який мав найвищу частку смертності від НІЗ у 2019 р. (89,6 %), зазнав різкого перенесення тягаря хвороб на ІЗ у 2020-2021 рр., при цьому питома вага смертей від НІЗ знизилася до 75,9 % у 2021 р., а частка

інфекційних захворювань зросла майже в чотири рази: від 5,3 % у 2019 р. до 20,0 % у 2021 р. [1].

Інші регіони ВООЗ також зазнали значного, зворотного розвитку перенесення тягаря хвороб з НІЗ і травм на інфекційні захворювання, що призвело до збільшення їх частки приблизно від 10 % (регіон Східного Середземномор'я) до 18 % (регіон Південно-Східної Азії) [1].

Згідно даних СБ, подібна ситуація спостерігалася також у регіонах, з різним рівнем доходів. Маючи найбільшу частку смертей (майже 50 %) через інфекційні захворювання, в країнах з *низьким рівнем доходу* спостерігалися мінімальні зміни в розподілі смертей у трьох об’єднаних групах з 2019 р. по 2021 р. Навпаки, НІЗ у країнах з *високим доходом та вище середнього*, мали найбільшу частку смертей: відповідно 84,8 % і 88,1 % у 2019 р., але ці показники впали на 9,9 % і 8,1 % між 2019 р. та 2021 р. [1].

Важливим є поєднання змін профілів причин смерті та структури населення. Тому вивчення стандартизованого за віком показника смертності (СПС) більш чітко вказує на досягнутий прогрес до пандемії COVID-19 і негативний результат, який вона спричинила.

У всьому світі СПС від інфекційних захворювань у 2000-2019 рр. зменшився приблизно вдвічі: від 244,5 до 119,3 на 100 тис. населення; але пандемія повернула показник до 160,4 на 100 тис. у 2020 р. та до 211,4 у 2021 році, тобто збільшення відповідно на 34,5 % і 77,2 % від базового 2019 року. Глобальне покращення до 2019 р. головним чином обумовлювалося прогресом в Африканському регіоні (зменшення на 56,1 %), Південно-Східній Азії (63,3 %) і Східному Середземномор'ї (47,4 %).

Найбільше від пандемії постраждали Американський і Європейський регіони. Тому, у відносно короткий термін (2019-2021 рр.), СПС від інфекційних захворювань там зріс більше ніж **втричі** (у 3,4 і 3,8 рази відповідно); в той же час у Південно-Східній Азії та Східному

Середземномор'ї збільшення більш ніж **удвічі,** а в Африці і Західній частині Тихого океану, спостерігали **помірне** підвищення показника (14,3 % і 11,9 % відповідно) [1].

У 2000-2019 роках також було досягнуто прогресу в усіх регіонах ВООЗ по смертності від НІЗ (крім Південно-Східної Азії) та травм (крім Східно-Середземноморського регіону), що призвело до зниження СПС від НІЗ на 18,8 % та від травм на 23,1 %. Звичайно, цифри зниження СПС у цих двох групах хвороб не такі значні, як для групи інфекційних захворювань [1].

За даними СБ подібні тенденції спостерігалися для усіх доходних груп, причому значне зменшення СПС у всіх трьох об'єднаних категоріях причин смерті у 2000-2019 рр. і незначні зміни під впливом пандемії у 2020-2021 роках для НІЗ та травм. Пандемія COVID-19 змінила тенденцію до зниження СПС для інфекційних захворювань у всіх групах доходу: показник у 2021 р. був вищим, ніж у 2000 р., в країнах з найвищим доходом, і майже *вдвічі* перевищував рівень 2000 р. у країнах з доходом вище середнього. Таким чином, два десятиліття роботи були втрачені [1].

2.3.2. Головні причини смерті

Вивчення головних причин смерті показує чіткий перехід від інфекційних хвороб до НІЗ. У 2000 р. п'ять із 10 провідних причин у всьому світі були інфекційні, чотири НІЗ, одна, спричинена дорожньою травмою. У 2019 р. сім з 10 провідних причин були НІЗ, а решта три - інфекційні хвороби. Темпи переходу були нерівномірними по регіонах і групах по доходам. Зокрема, у 2019 р. в Африканському регіоні і країнах з низьким рівнем доходу інфекційні захворювання продовжували посідати сім із 10 головних причин смерті, дві були НІЗ та одна травма [1] (табл. 2.3-2.5).

В Європейському регіоні та Західній частині Тихого океану, а також у країнах із високим і вище середнього рівнем доходів, проводиться ефективна профілактика і лікування ІЗ, тому до старшого віку доживає велика частина населення, і для цієї вікової групи вже НІЗ стають домінуючим ризиком смерті. Тому у 2019 р. у вказаних групах НІЗ вже становлять дев'ять із 10 головних причин смерті. Єдиною інфекційною хворобою залишаються інфекції нижніх дихальних шляхів [1] (табл. 2.3-2.5).

Цей розподіл 10 основних причин смерті за об'єднаними групами на глобальному рівні залишався незмінним у 2019, 2020 та 2021 роках; однак з'явився COVID-19, як третя і друга провідні причини смерті, забравши відповідно 4,1 млн та 8,8 млн життів у всьому світі.

В двох регіонах ВООЗ (Африка і Західна частина Тихого океану), COVID-19 увійшов до п'ятірки найпоширеніших причин смерті у 2020 та 2021 роках. Він став відповідальним за найбільшу кількість смертей у 2020-2021 роках в Америці; у 2021 р. - в Південно-Східній Азії; та другим за кількістю смертей у 2020-2021 рр. в Європі і Східному Середземномор'ї.

В Африканському регіоні COVID-19 піднявся з 12-го місця до шостого у 2021 р. У Західній частині Тихого океану він залишився поза топ-10, зробивши величезний скачок: з 50-го місця в 2020 р. до 19 у 2021 р. [1].

2.3.3. Десять основних причин смертності у світі

У 2021 р. на 10 основних причин смерті припадало 39 мільйонів випадків, або 57 % від загальної чисельності смертей (68 млн). У 2024 р. від раку померло 10 мільйонів людей, від куріння - 6,2 мільйона, від різних хвороб - 17 мільйонів, від ВІЛ/СНІДу - 2 мільйони.

Основні причини смерті у світі за сукупною чисельністю померлих пов'язані з двома великими групами захворювань: серцево-судинними (ішемічна хвороба серця, інсульт) і респіраторними (COVID-19, хронічна обструктивна хвороба легень, інфекції нижніх дихальних шляхів).

Причини смерті можна розподілити на три категорії: I група - інфекційні та паразитарні захворювання, а також патологічні стани при вагітності, пологах та годуванні; II група - неінфекційні захворювання (хронічні); III група – травматизм [28].

У 2021 році сім із 10 провідних причин смерті були спричинені неінфекційними хворобами, на які припадало 68 %. У структурі загальної смертності це становило 38 % (табл. 2.3).

Таблиця 2.3. Основні причини смерті у світі, 2021 р. (дані ВООЗ)

Назви нозологій	К-ть випадків смерті (в млн.)	% випадків смерті
Ішемічна хвороба серця	9,1	13,0
COVID-19	8,8	12,6
Інсульт	7,0	10,0
Хронічна обструктивна хвороба легень	3,5	5,0
Інфекції нижніх дихальних шляхів	2,5	3,6
Рак трахеї, бронхів і легень	2,4	3,4
Хвороба Альцгеймера, інші деменції	1,8	2,6
Цукровий діабет	1,5	2,1
Хвороби нирок	1,3	1,9
Туберкульоз	1,2	1,7

Найпоширенішою причиною смерті є ішемічна хвороба серця (ІХС), на яку припадає 13 % від загальної кількості смертей у світі і спостерігається найбільше зростання: з 2000 до 2021 р. на 2,7 мільйона випадків, досягнувши 9,1 мільйона смертей.

Новим фактором смертності стала коронавірусна інфекція COVID-19, яка у 2021 р. стала безпосередньою причиною смерті 8,8 мільйона осіб; при цьому значимість інших причин опустилася на одну позицію в списку. Якщо у 2019 р. інсульт та хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ) посідали друге та третє місце серед основних причин смерті, то у 2021 р. вони опустилися на третє та четверте місце, спричинивши, відповідно, 10 % та 5 % від загальної кількості смертей.

Інфекції нижніх дихальних шляхів (ІНДШ) залишаються п'ятою провідною причиною смертності у світі та першою у списку інфекційних захворювань (без урахування COVID-19). Водночас смертність від таких інфекцій суттєво знизилася: у 2021 р. вона становила 2,5 мільйона випадків, що на 370000 менше, ніж у 2000 р.

Зростає смертність від інших неінфекційних захворювань. Кількість випадків смерті від раку трахеї, бронхів та легень зросла від 1,2 мільйона у 2000 р. до 1,9 мільйона у 2021 р., і нині ці патології стоять на шостому місці серед провідних причин смерті.

У 2021 р. хвороба Альцгеймера та інші види деменції були на сьомій позиції серед основних причин смерті, забравши життя 1,8 мільйона людей. Ці захворювання непропорційно частіше трапляються серед жінок: на них припадає 68 % випадків смерті з цієї причини у світі.

В десяток основних причин смерті також увійшов діабет, смертність від якого порівняно з 2000 р. значно зросла – на 95 %.

Захворювання нирок у 2000 р. посідало 19 місце серед найпоширеніших причин смерті у світі, але до 2021 р. кількість смертей зросла на 95 %, внаслідок чого вони посіли дев'яте місце у списку.

В той же час, низка захворювань, що входили у десятку основних причин смерті у 2000 р., наразі вибули з цього списку. До них відносяться ВІЛ та СНІД. Кількість випадків смерті від ВІЛ та СНІДу скоротилася на

61%, внаслідок чого дана інфекція опустилася з сьомого місця у 2000 р. до 21 місця у 2021 р. Аналогічно, на 45 % скоротилася смертність від кишкових інфекцій, які у 2000 р. були шостою за значимістю причиною смерті, а у 2021 опустилися на 19-те місце [28].

За класифікацією Світового банку країни, відповідно до їх валового національного доходу, поділяються на чотири групи: з низьким, нижчим за середній, вищим за середній і високим рівнем доходу [29].

Основні причини смерті у країнах з низьким рівнем доходу

У жителів країн із низьким рівнем доходу серед причин смертності інфекційні захворювання суттєво переважають неінфекційні. У 2021 р., незважаючи на загальносвітове зниження смертності від ІЗ, у країнах з низьким рівнем доходу на них припадало вісім із 10 смертей (табл. 2.4).

Малярія, туберкульоз, а також ВІЛ та СНІД залишаються у десятці основних причин смертності у цій групі країн; але показники значно зменшилася. Найбільше зниження смертності серед 10 основних причин спостерігалося від ВІЛ та СНІД: з 2000 до 2021 р. на 63 %.

Вагомою причиною смертності у країнах із низьким рівнем доходу є кишкові інфекції: у 2021 р. вони на сьомому місці серед основних причин смерті, але показники смертності від них також зменшуються: з 2000 до 2021 року на 38 % [28].

В країнах із низьким рівнем доходу смертність від хронічної обструктивної хвороби легень незначна, порівняно з країнами інших груп, і не входить до 10 основних причин смертності (табл. 2.4).

У 2021 р. провідною причиною смерті в країнах з низьким рівнем доходу були інфекції нижніх дихальних шляхів, проте коронавірусна інфекція COVID-19 була тільки на шостому місці, найнижчому у списку серед усіх груп країн, забравши життя 258000 осіб [28].

Таблиця 2.4. Основні причини смерті в країнах з низьким та нижче середнього рівнем доходу, 2021 р. (дані ВООЗ)

Причини смерті (назви нозологій)	
Країни з низьким рівнем доходу	**Країни з доходом нижче середнього**
Інфекції нижніх дихальних шляхів	COVID-19
Інсульт	Ішемічна хвороба серця
Ішемічна хвороба серця	Інсульт
Малярія	Хронічна обструктивна хвороба легень
Ускладнення передчасних пологів	Інфекції нижніх дихальних шляхів
COVID-19	Туберкульоз
Діареї	Діареї
Туберкульоз	Цукровий діабет
Родова асфіксія і родова травма	Цироз печінки
ВІЛ/СНІД	Ускладнення передчасних пологів

Основні причини смерті в країнах з рівнем доходу нижче середнього

У країнах із доходом нижче середнього спостерігається найбільш збалансована структура 10 основних причин смерті: п'ять неінфекційних та п'ять інфекційних захворювань, при цьому перше місце посідає нова причина – COVID-19, яка у 2021 р. забрала 4 мільйони життів (табл. 2.4).

У цій групі країн зростає смертність від діабету: перемістився у списку провідних причин смерті з 14 на восьме місце, а кількість померлих з 2000 до 2021 р. зросло більш ніж удвічі.

Серйозну проблему серед 10 основних причин смертності становлять туберкульоз та кишкові інфекції. Проте для них фіксується суттєве зниження абсолютної кількості смертей: в обох випадках на 47 % (2000-2021 роки) [28].

Найбільший приріст абсолютної кількості смертей стосується ІХС: з 2000 р. приріст більш ніж на 1,4 млн випадків, досягнувши 3,2 млн у 2021 р.

Серед 10 основних причин смертності, які входили до попереднього списку у 2000 р., найбільше знизився показник смертності від ВІЛ та СНІДу, який перемістився з сьомого на 19 місце.

Основні причини смерті в країнах з рівнем доходу вищим за середній

У країнах із рівнем доходу вище середнього відбулося помітне збільшення смертності від раку легень - на 442000 випадків; це у 2,5 рази вище приросту смертності з цієї причини в усіх трьох інших групах країн разом. Крім того, у цій групі країн, у порівнянні з іншими, спостерігається високий рівень смертності від раку шлунку; це єдина група, у якій ця хвороба, як і раніше, фігурує серед 10 основних причин смерті (табл. 2.5).

Таблиця 2.5. Основні причини смерті в країнах з доходом вище середнього та високим у 2021 р. (дані ВООЗ)

Причини смерті (назви нозологій)	
Країни з доходом вище середнього	**Країни з високим рівнем доходу**
Інсульт	Ішемічна хвороба серця
Ішемічна хвороба серця	COVID-19
COVID-19	Інсульт
Хронічна обструктивна хвороба легень	Хвороба Альцгеймера, інші деменції
Рак трахеї, бронхів і легень	Рак трахеї, бронхів і легень
Хвороба Альцгеймера, інші деменції	Хронічна обструктивна хвороба легень
Інфекції нижніх дихальних шляхів	Рак ободової і прямої кишки
Цукровий діабет	Інфекції нижніх дихальних шляхів
Гіпертонічна хвороба серця	Хвороби нирок
Рак шлунку	Гіпертонічна хвороба серця

У 2021 р. ішемічна хвороба серця посідала друге місце серед причин смертності, наближаючись за абсолютною кількістю померлих до інсульту, та випереджаючи COVID-19 на одну позицію у списку. Смертність від ІХС за період 2000-2021 рр. збільшилася на 1,4 мільйона випадків - це другий за

величиною приріст з цієї причини серед усіх груп країн і лише на 40000 випадків менше приросту в країнах, з рівнем доходу нижче середнього [28].

До 10 основних причин смерті у країнах із рівнем доходу вище середнього входить, крім COVID-19, лише одне інфекційне захворювання (інфекції нижніх дихальних шляхів), які знаходяться на сьомому місці та з 2000 р. опустилися на три позиції.

Основні причини смерті у країнах з високим рівнем доходу

У країнах із високим рівнем доходу зростає смертність від більшості хвороб, що входили до десятки основних причин смерті у 2000 р., в основному внаслідок старіння населення (табл. 2.5).

Винятками є ішемічна хвороба серця, інсульт та рак шлунку, за якими протягом 2000-2021 рр. загальні показники смертності знизилися, відповідно, на 15 %, 18 % та 19 %. Це єдина група країн, де спостерігається зменшення випадків смерті з цих трьох причин. Тим не менше, ІХС та інсульт залишаються провідними причинами смерті у країнах цієї групи: у 2021 р. вони разом забрали життя понад 2,6 мільйона людей. Крім того, зростає смертність від гіпертонічної хвороби серця: кількість смертей від неї збільшилася більш ніж удвічі, внаслідок чого ГХ піднялася у списку основних причин смерті з 18 місця у 2000 р. до десятого у 2021 р. [28].

За період із 2000 р. майже у чотири рази зросла смертність від хвороби Альцгеймера та інших форм деменції. Ця нозологія стала четвертою провідною причиною смерті в країнах з високим рівнем доходу і, з великою ймовірністю, витіснить інсульт із першої трійки причин (табл. 2.5).

Коронавірусна інфекція COVID-19 у 2021 р. забрала в країнах з високим рівнем доходу 1,2 мільйона життів і посіла друге місце серед причин смерті. Як і в країнах з рівнем доходу вище середнього, в першу десятку причин смерті увійшла лише одна категорія інфекційних захворювань, крім COVID-19 – інфекції нижніх дихальних шляхів (табл. 2.5).

Встановлення, скільки людей помирає щороку і з яких причин, допомагає оцінити ефективність систем охорони здоров'я і спрямовувати ресурси туди, де вони потрібні найбільше, що допоможе поліпшити життя людей. Наприклад, дані про смертність можуть сприяти зосередженню зусиль і ресурсів в секторі ОЗ, а також в інших, таких як транспорт, сільське господарство і харчова промисловість, а також охорона довкілля.

Розповсюдження COVID-19 наочно продемонструвало необхідність фінансування національних систем реєстрації актів цивільного стану та природного руху населення, для забезпечення щоденного обліку випадків смерті, а також впровадження заходів щодо їх попередження та надання медичної допомоги. Під час пандемії очевидним став різнобій між системами збору даних у більшості країн з низьким рівнем доходу, директивні органи яких до цього часу не мають точної інформації про те, скільки людей помирає, і з яких причин.

ВООЗ розробляє стандарти та передові практичні методи збору, обробки та узагальнення даних на основі консолідованої та вдосконаленої Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). Регулярний збір та аналіз високоякісних даних про випадки та причини смертності, а також даних про інвалідність, стандартизованих за віком, статтю та географічним положенням, є важливим для покращення здоров'я і зменшення смертності та інвалідності в усьому світі [28].

2.4. Показники ЦСР, пов’язані зі смертністю

Структура Цілей сталого розвитку включає кілька індикаторів смертності, що відносяться до певних вікових груп (наприклад, дітей раннього віку), та смертність від певних причин. Загальний прогрес спостерігався щодо показників смертності, пов’язаних із ЦСР; однак поточні тенденції не достатньо сильні, щоб досягти запланованого до 2030 року.

2.4.1. Здоров'я матері та дитини

Із 2000 р. зміцнення здоров'я матері та дитини є головним пріоритетом для глобального розвитку. Зменшення материнської та дитячої смертності було однією із Цілей розвитку тисячоліття (ЦРТ) до 2015 р., залишаючись серед глобальних у період з 2015 по 2030 рік.

Глибокий аналіз зроблений ВООЗ щодо динаміки показників здоров'я матері і дитини, а також материнської та дитячої смертності, показав невтішні дані. Якщо поточні тенденції збережуться, 59 країн не відповідатимуть ЦСР у досягненні мети U5MR (25 або менше смертей на 1000 живонароджених до 2030 р.). Ще більше країн ризикують не досягти Цілей сталого розвитку для ЯМР (12 або менше смертей на 1000 живо-народжених до 2030 р.): 64 країни повинні будуть прискорити зниження смертності, щоб досягти мети вчасно. Більшість країн, які не йдуть по шляху досягнення цілей ЦСР знаходяться в Африці, що підтверджує той факт, що діти мають різні шанси на виживання, залежно від місця народження.

Досягнення цілей у всіх країнах світу допоможе запобігти 9 мільйонам смертей серед дітей до п'яти років, у проміжку 2023-2030 рр.; близько 42 % серед них були б новонародженими [2, 4].

2.4.2. Смертність внаслідок поранення

Дорожня травма

Незважаючи на зростання кількості населення у світі та чисельності транспортних засобів, глобальна кількість загиблих у дорожньо-транспортних пригодах (ДТП) зменшилася на 5,9 % (від 1,25 млн смертей у 2010 р. до 1,18 млн у 2021 р.). Лише в 10 країнах у чотирьох регіонах світу досягнуто поставленої мети: вдвічі зменшено кількість смертей від ДТП за 2010-2021 рр.; на глобальному рівні зменшення не досягло мети ООН.

Десятиріччя дій з безпеки дорожнього руху у 2010-2020 рр. не допомогли досягнути глобальної мети. Скоріше всього, що і виконання програми Десятиліття Дій ООН за безпеку дорожнього руху у 2021-2030 рр. по зменшенню смертності вдвічі до 2030 року, також *не буде виконано*.

У 2021 р. Південно-Східна Азія та регіони Західної частини Тихого океану зазнали разом більше половини глобального тягаря смертності внаслідок ДТП, відповідно 319 тисяч смертей (27 %) і 298 тисяч (25 %) [1, 5].

Зменшення кількості смертей від ДТП становило 17 % у структурі зниження глобального рівня смертності. Загальний рівень смертності (ЗРС) від ДТП зменшився від 17,1 померлих на 100 тис. населення у 2010 р. до 14,9 у 2021 р. Зниження ЗРС спостерігалося в усіх регіонах у цей період. У регіоні з найвищим ЗРС у 2021 р. (19,4 на 100 тис. населення, Африка), він майже втричі перевищував найнижчий (6,7 на 100 тис. населення, Європа). Найповільніше просувається у цьому напрямку Америка, але навіть там спостерігаємо зниження ЗРС на 9,4 % (від 15,6 у 2010 р. до 14,1 на 100 тис. населення у 2021 р.).

У 2021 р. країни з низьким рівнем доходу мали найвищий ЗРС від ДТП (21,3), у той час як в країнах з високим рівнем доходу він був найнижчий - 7,6 на 100 тис. населення [1, 5].

Суїцид

Загальний рівень смертності від самогубств у світі зменшився від 762000 у 2000 р. до 717000 у 2021 р. Стандартизований показник смертності від самогубств неухильно знижувався між 2000 та 2020 рр.: від 12,4 випадків на 100 тисяч населення до 9,0, а потім трохи збільшився - до 9,1 у 2021 р. [1].

Найвищий тягар смертей від самогубств перемістився із Західно-Тихоокеанського регіону у 2000 р. (243000 випадків) до Південно-Східної Азії (206000) у 2021 р. При цьому у Західно-Тихоокеанському регіоні на третину знизився СПС від суїциду: від 14,5 до 9,4 на 100 000 населення, а в

Південно-Східній Азії зниження на одну п’яту: від 12,7 до 10,0 на 100000 населення за період 2000-2021 роки [1].

У Європейському регіоні також спостерігалося різке зниження стандартизованого показника смертності від самогубств: від 21,3 у 2000 р. (ця цифра найвища, серед усіх регіонів), до 12,3 на 100000 населення у 2021 році. Африканський регіон зазнав дуже помірного зниження СПС від суїциду між 2000 і 2020 рр.: від 7,0 до 6,9 на 100000 населення, а потім збільшення до 7,2 у 2021 р. Східне Середземномор’я залишалося регіоном із найнижчим СПС протягом усього періоду. Регіон Америки був єдиним, де спостерігалося зростання показника: від 7,2 у 2000 р. до 9,8 у 2021 р.

Рівень самогубств серед чоловіків у всьому світі був у два рази вищим, ніж у жінок у 2021 р.: 12,3 проти 5,9 на 100000 населення. Однак статева диспропорція була нерівномірною по регіонах із співвідношенням чоловіків і жінок: від 1,4 у регіоні Південно-Східної Азії до майже 4,0 в Америці [1].

Вбивства

У 2021 р. майже 481000 людей стали жертвами вбивств. Із 2000 р. спостерігалося зниженню СПС приблизно на 22 %: від 7,8 до 6,1 на 100000 населення у 2021 р. Близько 80 % жертв були чоловіки [1].

У 2021 р. Американський регіон ВООЗ мав найвищий тягар смертності від вбивств із загальною кількістю 199000 смертей, що становить 41,3 % від ЗРС від вбивств у світі (це лише 13 % населення світу). Навпаки, близько 25 % населення землі проживає в Західно-Тихоокеанському регіоні, але на регіон припадає лише 6,2 % ЗРС від вбивств; СПС становить 1,6 на 100000 населення, - це складає 8 % від найвищого показника СПС в Америці (19,4) і 16 % від показника у другому за величиною регіоні - Африці (9,6) у 2021 р. Порівняно з регіонами Америки та Африки, СПС від вбивств також був відносно низьким у регіонах Європи, Південно-Східної Азії та Східному Середземномор’ї – 2,6, 3,7 та 5,4 на 100000 населення відповідно [1].

Чоловіки та жінки стикаються з непропорційним ризиком смерті через вбивство, а статева диспропорція розподілена нерівномірно по регіонах ВООЗ. Співвідношення показника смертності від вбивств чоловік-жінка у 2021 р. становило 4,0, коливаючись від 2,8 у Південно-Східній Азії, Східному Середземномор'ї та Європі до 7,1 в Америці.

Також є відмінності за віковою структурою: у молодих людей 20-24 роки *по всьому світу* найвищий СПС (**12,7** на 100 тис. населення), але в Америці він у цій віковій групі досягнув **40,6** [1].

2.4.3. Смертність внаслідок НІЗ

Поліпшення профілактики, діагностики та лікування призвело до стабільного зниження передчасної смертності від НІЗ.

У 2000 р. для людини віком 30 років ймовірність передчасно померти, не доживши до 70 років, від серцево-судинних хвороб, раку, хронічних респіраторних та діабету, складала 22,7 %. Цей ризик знизився до 18,2 % у 2019 р. (початок пандемії), тобто на 20 %.

Регіональна диспропорція існує як у рівнях, так і в темпах прогресу. Регіон Східного Середземномор'я мав найвищий ризик передчасної смерті - 27,2 % у 2000 р. і, незважаючи на його зниження на 15,4 % у 2019 р. залишався високим (23,0 %), порівняно з іншими регіонами, крім Південно-Східної Азії, де відбулася стагнація прогресу у 2000-2019 рр. Натомість в Америці був найнижчий (серед усіх регіонів) ризик передчасної смерті від НІЗ (18,2 %) у 2000 р. і залишився найнижчим (13,9 %) у 2019 р. (знизився на 23,8 %). В інших трьох регіонах у 2000 р. ризики були на рівні 22,2-23,9 %; однак, в Африканському спостерігався більш помірний спад (10,9 %), і ризик передчасної смерті досягнув значення 21,3 % у 2019 р., тоді як найбільше зниження спостерігалося в Європейському і Західно-Тихоокеанському регіонах (на 32,0 % і 28,0 % відповідно) [1].

Незважаючи на досягнутий прогрес і запровадження ВООЗ програми «Цілі сталого розвитку» в 2015 р., темпи змін у більшості країн сповільнилися. Зі значним уповільненням глобального щорічного регулярного доходу (ARR - Annual Recurring Revenue) *більше ніж вдвічі, до одного відсотку* за 2000-2015 роки, світ вже не знаходиться на шляху досягнення ЦСР до 2030 р. Єдиним регіоном, де спостерігалося прискорення, було Східне Середземномор'я, але і там прискорений ARR був менше половини необхідного для досягнення ЦСР. Регіон, що викликає найбільше занепокоєння щодо досягнення цілей, є Південно-Східна Азія, де у 2000-2015 роках спостерігалася невелика тенденція до зниження показника передчасної смерті від НІЗ, але вона змінилася на протилежну у 2015-2019 рр. Усі інші регіони зазнали значного зниження ARR: від 8 % в Африканському регіоні до понад 30 % в Західній частині Тихого океану [1].

Близько 60 країн, з правильно подами реєстраційними даними, які були доступні для вивчення у 2020 та 2021 р., показують неоднозначну картину передчасної смерті від НІЗ під час пандемії. В деяких країнах спостерігалося зростання передчасної смертності, тоді як інших - прискорене зниження показника. Останнє цілком може бути артефактом, оскільки пацієнти з НІЗ мають більший ризик передчасної смерті від COVID-19, як конкуруючого ризику (і тому реєструється як смерть від COVID-19). Траєкторії смертності від НІЗ після початку пандемії COVID-19 ще не зрозумілі.

У країнах, які мають неякісну реєстрацію актів цивільного стану, ВООЗ пропонує у поточні оцінки включати категорію причини смерті *«інша смертність, пов'язана з пандемією»*, яка, ймовірно, включає смертність від НІЗ. На більшість питань, які виникають, можна буде відповісти після того, як буде отримано більше даних про причини смерті під час та після пандемії, для документування тенденцій.

2.4.4. Смертність, спричинена екологічними факторами ризику

Мільйони щорічних смертей спричинені екологічними факторами, такими як: забруднення повітря, небезпечна питна вода, порушення санітарії та гігієни.

Смертність, пов'язана із забрудненням повітря

Вплив забрудненого повітря підвищує ризик багатьох негативних наслідків для здоров'я. За оцінками ВООЗ, забруднене атмосферне та побутове повітря спільно спричинили 6,7 мільйонів смертей у всьому світі у 2019 р., з них 4,2 млн від забруднення повітря навколишнього середовища.

П’ЯТЬ СТАНІВ ЗДОРОВ’Я –
інсульт, ішемічна хвороба серця, рак легень, хронічна обструктивна хвороба легень у дорослих і гострі респіраторні інфекції в будь-якому віці – включені в оцінки показника ЦСР щодо смертності, спричиненої **забрудненим повітрям**

Стандартизований за віком і статтю рівень смертності, спричинений забрудненим повітрям, у 2019 р. становив 104 смерті на 100000 населення (133 у 2010 р., тобто відбулося незначне зниження). Найвищі СПС, пов’язані з забрудненням повітря серед регіонів ВООЗ у 2019 році були в Африканському, Східно-Середземноморському і Південно-Східній Азії. Причини відмінностей у рівнях смертності від забруднення повітря між регіонами та країнами різноманітні. Вони зумовлені різною щільністю населення, оточенням, величиною концентрації твердих частинок у домогосподарствах, а також різницею у розподілі населення за віком і основною смертністю за причиною.

Смертність, пов'язана з небезпечною санітарією і гігієною

Небезпечні складові санітарії і гігієни можуть призвести до небажаних наслідків для здоров’я, включаючи смерть. Індикатор ЦСР визначається як

рівень смертності, пов’язаний з небезпечними складовими санітарії і гігієни, і враховує в оцінці чотири стани здоров'я, а саме *діарея, гострі респіраторні інфекції, недостатнє харчування і ґрунтові гельмінтози*. За цією оцінкою в усьому світі у 2019 р. при використанні безпечної санітарії і гігієни запобігли 1,4 мільйона смертей. Припускається, що 395000 з цих смертей могли бути серед дітей до 5 років.

СПС по стану санітарії і гігієні у 2019 р. становив 18,3 смертей на 100000 населення, коливаючись від 3,7 у країнах з високим доходом до 41,7 в країнах з низьким рівнем доходу. Серед регіонів ВООЗ найвищий рівень смертності в 2019 р. був в Африканському (46,7) та Південно-Східній Азії (29,6) [9].

2.5. Пов’язані із здоров’ям Цілі сталого розвитку

2.5.1. Інфекційні хвороби

У довіднику «Світова статистика охорони здоров’я-2023» показано, що позитивні зміни в ОЗ, досягнуті за період 2000-2015 рр., почали гальмуватися вже з 2015 р., але пандемія COVID-19 ще більше завадила покращанню з 2020 року. Особливо гострою є ця проблема для інфекційних хвороб.

Важливою метою ЦСР є припинення епідемії ВІЛ/СНІД, туберкульозу (ТБ), малярії, забутих тропічних хвороб (ЗТХ), гепатитів та інших інфекцій. Також продовжується боротьба з поліомієлітом та антимікробною резистентністю (АМР).

ВІЛ

На кінець 2022 р. людей, які живуть з ВІЛ у всьому світі було приблизно 39,0 мільйонів, з яких 37,5 млн у віці 15 років і старше, а 1,5 млн - діти віком до 15 років [2].

У 2022 р. зафіксовано 1,3 млн нових ВІЛ-інфекції в усьому світі. Ця цифра означає зменшення на 54 % кількості нових хворих, порівняно з 2000 р. (2,8 млн) та на 27 % порівняно з 2015 р. (1,8 млн). Рівень захворюваності на ВІЛ (кількість нових ВІЛ-інфекцій на 1000 неінфікованого населення, показник ЦСР) становив 0,17 у 2022 р., що на 32 % менше, ніж 0,25 у 2015 р.

Глобальні ініціативи ВООЗ спрямовані на зменшення кількості нових ВІЛ-інфекції до 370000 у 2025 р. та 335000 у 2030 р., що відповідає показникам ЦСР: 0,05 у 2025 р. та 0,025 у 2030 р. На жаль, наявні тенденції свідчать, що до досягнення цих цілей ще далеко.

Туберкульоз

Приблизно 10,6 млн осіб хворіли на туберкульоз у всьому світі у 2022 році, з яких 55 % чоловіки, 33 % жінки та 12 % діти до 15 років. Глобальний рівень захворюваності на ТБ (показник ЦСР) становив 133 на 100 тис. населення у 2022 р. (180 у 2000 р., 146 у 2015 р.). Показники захворюваності на ТБ відрізняються в багатьох країнах і регіонах.

Світові тенденції кількості виявлених хворих на ТБ і тих, хто лікувався, показали значне збільшення одужань у 2022 р., після різкого зменшення у 2020 р. (через збій у реєстрації, пов'язаний з пандемією COVID-19). Тобто є обнадійливі ознаки прогресу.

Малярія

У 2022 р. було в межах 249 млн випадків малярії на 85 ендемічних площах країн, що призвело до приблизно 631000 смертей [8].

Глобальна технічна стратегія (ГТС) проти малярії на 2016-2030 рр. закликала зменшити захворюваність на малярію на 40 % до 2020 р., 75 % до 2025 р., та 90 % до 2030 р., порівняно з базовим рівнем 2015 р.

Рівень захворюваності на малярію (випадки малярії на 1000 населення груп ризику, показник ЦСР) становив 59,8 у 2015 р., знизившись на 26 %

стосовно 2000 р. (81,0). Рівень захворюваності продовжував падати до 2019, перш ніж піднятися на 3 % у 2020 р. і залишитися стабільним. У 2022 р. він становив 58,4, і це означає, що очікуване значення 26,2 (якби він був на траєкторії досягнення цілі ГТС) не досягнуте. Якщо нинішні тенденції збережуться, то цільові показники ГТС по зменшенню не будуть виконані.

Гепатити

За оцінками, в усьому світі у 2022 р. проживало 304 мільйони людей з хронічними гепатитами В і С (254 млн з гепатитом В і 50 млн з гепатитом С). Очікувана кількість людей, щойно інфікованих вірусними гепатитами В і С зменшилася від 2,5 млн у 2019 р. до 2,2 млн у 2022 р. (1,2 млн гепатитів В і 1,0 млн гепатитів С). Хоча цей спад обнадійливий, це ще далеко від мети 2030 р. (170000 нових гепатитів В і 350000 нових гепатитів С).

Забуті тропічні хвороби

Тринадцять із 21 хвороби, визначених ВООЗ як забуті тропічні хвороби (ЗТХ), підлягають ліквідації, тому що є надзвичайно заразними і загрозливими для здоров'я людей. 50 країн усунули принаймні одну з них. До прикладу, Бангладеш недавно ліквідувала лімфатичний філяріатоз і вісцеральний лейшманіоз, які становили загрозу громадському здоров'ю. Це є обнадійливою ознакою того, що ЗТХ можна перемогти поєднанням різноманітних методів, включаючи масове та індивідуальне лікування, боротьбу з переносниками, ветеринарне обслуговування домогосподарств та забезпечення безпечною водою та санітарією. Дорожня карта на 2021-2030 роки передбачає зменшення на 90 % кількості тих, кому загрожують ЗТХ.

В останні роки світ зустрівся з численними викликами у боротьбі з ЗТХ, включаючи повільне відновлення роботи програм на початку пандемії COVID-19, коли були масові збої в обслуговуванні. Пандемія, невизначена фінансова ситуація та дедалі зростаюча загроза зміни клімату - все це впливає на зростання розповсюдження багатьох ЗТХ.

Поліомієліт

Поліомієліт (поліо) – високо інфекційне вірусне захворювання. Вражає переважно дітей до 5 років, але і невакцинована людина в будь-якому віці може заразитися. З трьох штамів дикого поліовірусу (типи 1, 2, 3), дикий поліовірус типу 2 був ліквідований у 1999 р., типу 3 - у 2020 р. Станом на 2022 рік ендемічний дикий поліовірус типу 1 залишається в двох країнах, Афганістан і Пакистан. У 2023 р. загалом було 12 випадків дикого поліовірусу типу 1, повідомляється в Афганістані та Пакистані і, на відміну від попередніх років, не було зареєстровано жодного випадку неендемічного захворювання.

Стійкість до антимікробних засобів

Антимікробна резистентність (АМР) є в усіх країнах, регіонах і з різним рівнем доходів. Це комплексна проблема, яка потребує як секторальних дій у сфері охорони здоров'я, виробництва продуктів харчування, тваринництва та навколишнього середовища, так і координації між ними. У 2015 р. Світова Асамблея ВООЗ прийняла Глобальний план дій щодо антимікробної резистентності, взявши участь, серед іншого, у розвитку та виконанні багатогалузевих національних планів дій. Станом на листопад 2023 р. такі плани були розроблені у 178 країнах світу; з них лише 27 % повідомили про ефективне їх виконання, і лише 11 % - виділили кошти з національного бюджету для реалізації.

Показник цілей сталого розвитку для АМР визначається як відсоток від інфекції кровотоку, спричиненої деякими мікроорганізмами, стійкими до антимікробних препаратів. Середня стійкість до цефалоспоринів третього покоління у Escherichia coli (E. coli) та стійкість до метициліну у Staphylococcus aureus (S. aureus) становили відповідно 41 % і 32 % у 2021 р., порівнюючи з 26,9 % і 13,4 % у 2016 р.

Пріоритетом для боротьби з АМР є контроль за споживанням антимікробних засобів. Глобальна система спостереження за стійкістю та використанням антимікробних засобів (GLASS) надає загальний і стандартизований набір методів для вимірювання АМР та правильну подачу звітності. 57 країн надали дані у проміжку 2018-2021 рр.; 36 з них (63 %) досягли мети зменшення на 60 % загального споживання антибіотиків по групі «Доступ». Загальною і кінцевою метою є *зменшення використання антибіотиків в групі «Дивись і резервуй»*.

Нові пандемії: ось які захворювання загрожують світу у 2025 році:

Вчені вказали 11 захворювань, які загрожують світу у 2025 р. і можуть стати причиною нових пандемій (повідомлення у DailyStar).

В список хвороб з масовим зараженням, які загрожують населенню всього світу, увійшли COVID, кір, холера, пташиний грип, короста, малярія, коклюш, лихоманка Західного Нілу, тропічна лихоманка, вірус Чикунгунья, а також бактерії, стійкі до антимікробних препаратів.

Вчені також назвали невідоме поки захворювання «Хвороба Х», яка ще не виявлена і не вивчена. Їй буде надана підвищена увага і термінові дослідження, а ВООЗ вже включила невідомі патогени, які можуть спровокувати велику кількість випадків інфікувань по всьому світу, у пріоритетний список захворювань. Із симптомів «Хвороби Х» вчені виявили лихоманку, головні болі і напади тяжкого кашлю. На даний момент зареєстровано більше 400 захворювань, переважно у Демократичній Республіці Конго.

2.5.2. Фактори ризику для здоров’я

Багато факторів впливають на здоров'я як кожної конкретної людини, так і усієї спільноти. Фактором ризику (ФР) для здоров'я є будь-яка ознака, характеристика або вплив на особу, яка збільшує ймовірність розвитку

захворювання або травми. ВООЗ відзначає прогрес у досягненні Цілей сталого розвитку і завдань Загальної програми, пов’язаних з кількома факторами ризику для здоров'я.

Харчові ФР. Відомо, що якісне харчування пов’язане з покращанням стану немовлят і їх матерів, сильнішою імунною системою, меншим ризиком НІЗ і довголіттям. Сьогодні світ стикається з багаторазовим тягарем недоїдання, який включає: одночасно недоїдання і надмірну вагу (ожиріння, спричинене надмірним споживанням транс-жирних кислот (ТЖК); дефіцит мікроелементів та вітамінів; анемію у жінок (жінки з анемією частіше відчувають втому та втрату фізичної працездатності у повсякденному житті; помірна та важка анемія є несприятливою для народження здорової дитини).

Поведінкові ФР (тютюнопаління, споживання алкоголю, низька фізична активність, нездорове харчування). Людина може сама змінити свою поведінку, відмовитися від шкідливих звичок, і це допоможе їй запобігти ризику захворіти неінфекційними хворобами. У світі спостерігається глобальний прогрес у напрямку зменшення вживання тютюну та алкоголю.

Метаболічні ФР. Метаболічні ФР для НІЗ включають гіпертонію, надмірну вагу і ожиріння, високий рівень глюкози і жиру в крові.

Гіпертонія. Стандартизований за віком показник поширеності гіпертонії серед дорослих віком 30-79 років мало змінився за останні три роки в усьому світі та у всіх регіонах ВООЗ (позитивний виняток - Європейський регіон, де був безперервний спад). У 2019 р. глобальна поширеність гіпертонії залишалася із значенням 33,1 %; була вища серед чоловіків (34,5 %), ніж жінок (31,7 %). Наявні дані свідчать, що більше охоплення лікуванням жінок призводить до більшої поширеності серед них *контрольованої гіпертонії*, ніж у чоловіків.

ВООЗ визнає, що у всьому світі існує пов’язана зі статтю нерівність щодо гіпертонії. Стандартизоване за віком *охоплення лікуванням* серед

дорослих віком 30-79 років з артеріальною гіпертензією (АГ) значно збільшилося між 1990 і 2019 рр., але темпи зростання дещо сповільнилися протягом минулого десятиліття, як серед чоловіків, так і жінок. На відміну від поширеності АГ, яка була на 2,8 % вища серед чоловіків, ніж жінок, *поширеність охоплення лікуванням* була на 9,3 % вищою серед жінок (47,2%), ніж чоловіків (37,9 %) у 2019 р. Отже, стандартизована за віком поширеність контрольованої гіпертонії серед дорослих віком 30-79 років з АГ також зросла між 1990 і 2019 рр., при цьому поліпшення відбувалося швидше у жінок, ніж у чоловіків, призводячи з часом до зростання *пов'язаної зі статтю абсолютної нерівності*. У 2019 р. контрольована поширеність АГ була на 5,1 % вищою серед жінок (23,5 %), ніж чоловіків (18,4 %).

Добровільна глобальна мета щодо артеріального тиску (АТ) передбачає зниження на 25 % підвищеного АТ (неконтрольована гіпертонія) на період до 2025 р., порівняно з базовим рівнем 2010 р. У всьому світі стандартизована за віком поширеність неконтрольованої гіпертонії дещо знизилася від 28,6 % у 2010 р. до 26,2 % у 2019 р., але ці темпи зниження *недостатні* для досягнення глобальної мети у 2025 р. [39].

Екологічні ФР. Здоров'я людини залежить від стану середовища, в якому живе. Вона потребує чистого повітря і води, високих стандартів санітарії, безпечного використання хімікатів та будівельних матеріалів, раціональної сільськогосподарської практики, збереження заповідних територій, водних джерел тощо. Порушення у дотриманні цих складових становлять значні ризики для здоров'я людини, які з часом можуть привести до смерті.

2.6. Зміцнення системи охорони здоров'я - ключовий засіб у досягненні збільшення охоплення послугами ОЗ

У вересні 2023 р. на засіданні Генеральної Асамблеї ООН щодо проблеми охоплення послугами охорони здоров'я (ОПОЗ), була прийнята Політична декларація, яка містить дорожню карту з *«прискорення реалізації*

ОПОЗ для досягнення здоров'я для всіх, всюди, і гарантування, що ніхто не залишиться позаду». Цим документом визнається важливість зміцнення системи ОЗ на основі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка є важливою та ефективною у підтримці здоров’я людей і громад, попереджує та допомагає вчасно реагувати на надзвичайні ситуації, що було особливо помітно під час пандемії COVID-19.

ОПОЗ засноване на принципі, що всі особи і громади повинні мати рівний доступ до необхідних якісних медичних послуг, не потерпаючи від фінансових труднощів, що буде не тільки сприяти покращанню здоров’я (ЦСР 3), але і зіграє ключову роль у досягненні інших цілей сталого розвитку, зокрема: економічному зростанні та створенню робочих місць (ЦСР 8), гендерній рівності (ЦСР 5), освіті (ЦСР 4), харчуванні (ЦСР 2) та скороченні бідності (ЦСР 1). Зміцнення системи охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг і моделі фінансування є ключовими факторами, що сприяють успішному досягненню ОПОЗ. Детальне вивчення індикаторів ЦСР по наданню послуг та фінансуванню ОЗ для регіонів ВООЗ та країн СБ з різними доходами, показує значні відмінності між ними.

2.6.1. Надання послуг у системі охорони здоров’я

Надання послуг забезпечує основний зв’язок між здоров’ям самих систем ОЗ і людей (включаючи увесь спектр послуг для покращання здоров’я), а також державними закладами ОЗ та іншими суб'єктами, відповідальними за здоров'я громад, які постачать продукцію для ОЗ.

Завдання по розширенню охопленням найважливішими медичними послугами з опертям на ПМСД є фундаментальною стратегією для досягнення ОПОЗ. Це спрямовано не лише на покращення здоров’я, а й на сприяння справедливості в ОЗ та гарантуванні, що охорона здоров'я є універсальною, доступною та якісною.

Важливим є покращити доступ до ліків та оздоровчих технологій. З 2015 року лише 8 % закладів ОЗ у 17 країнах Африканського, Європейського та Американського регіонів мали доступним основний набір ліків на постійній основі (показник ЦСР 3.b.3). Триває робота над вдосконаленням методології вимірювання доступу до основних ліків та інших продуктів ОЗ, щоб забезпечити постійний глобальний моніторинг. Пандемія COVID-19 показала величезний і зростаючий розрив між країнами з високим і низьким доходом в доступі до ліків і продуктів ОЗ, а також потребу в інноваціях і посиленні місцевого виробництва для справедливого розподілу ліків, вакцин, діагностиків та приладів.

Критично важливим компонентом ОПОЗ є впровадження міжнародної моделі надання послуг, які сприяють стійкості, здатності запобігати, виявляти та реагувати на стан здоров'я при надзвичайних ситуаціях; чітко усвідомлювати типи загроз, які можуть виникати і до яких потрібно готуватися.

У річному звіті про самооцінку держав-учасниць міжнародної моделі ОПОЗ наведено дані 35 індикаторів. На основі їх аналізу зроблено висновки, що *головними проблемами* на глобальному рівні є політичні, правові та нормативні документи, стосовно впровадження міжнародної моделі ОПОЗ по хімічній та радіаційній загрозах і людських ресурсах; в той час як *найбільші досягнення* у лабораторних спостереженнях, управлінні надзвичайними ситуаціями та наданні медичних послуг. Європейський регіон отримав найвищі бали у вирішенні проблем із зоонозними захворюваннями, харчовій безпеці та надзвичайній радіаційній ситуації; тоді як регіон Південно-Східної Азії показав особливо хороші результати щодо напрямків, пов'язаних з політикою, правовими та нормативними документами із впровадження міжнародної моделі ОПОЗ, а також координації та адвокації. Африканський регіон мав найнижчі результати серед усіх напрямків, за винятком зоонозних хвороб.

2.6.2. Фінансування системи охорони здоров’я

Механізми фінансування охорони здоров'я визначають здатність системи дати відповіді на її потреби, об’єднання фінансових ризиків та гарантування ефективної і справедливої праці. Вони охоплюють вибір і рішення у трьох взаємопов'язаних фінансових функціях – мобілізація, об’єднання і використання ресурсів, щоб вигідно і ефективно купувати медичні послуги. Мобілізація ресурсів і визначення пріоритетів здоров'я забезпечують основний механізм задоволення потреб у ресурсах, для досягнення цілей сталого розвитку.

У 2021 р. глобальні державні витрати на ОЗ (показник ЦСР 1.a.2) зросли, за винятком країн з низьким рівнем доходу. Країни з високим і вище середнього рівня доходу мали найбільші витрати на забезпечення здоров’я під час пандемії COVID-19. Країни, з доходом нижче середнього, сповільнили темпи зростання витрат на ОЗ, що пов’язано із скороченням загальнодержавних витрат. Серед країн з низьким рівнем доходу зниження витрат на ОЗ збіглося із збільшенням загальних витрат на інші важливі напрямки. Для країн з низьким і нижче середнього доходом значну роль у фінансуванні відіграла зовнішня допомога, пов’язана з пандемією COVID-19, так як внутрішнього бюджетного фінансування було недостатньо.

Для покращання фінансового захисту для всіх необхідно збільшити кількість запобіжників від економічних наслідків для здоров'я, підвищити справедливість у використанні послуг, що дасть можливість зменшити витрати на оплату здоров'я з власної кишені. У багатьох країнах прямі витрати з власної кишені на збереження здоров'я продовжують становити найбільшу частку від усіх їх фінансових витрат; останні дані показують, що більше двох мільярдів людей відчувають фінансові труднощі, витрачаючи непосильні кошти з власної кишені для підтримки свого здоров'я.

Найбільші витрати на ОЗ з власної кишені зафіксовані в Західно-Тихоокеанському регіоні (19,8 %) і Південно-Східній Азії (16,1 %); найменші в Європейському (7,9 %) та Американському регіонах (7,8 %).

Навіть до пандемії COVID-19, незважаючи на давні зобов'язання на високому рівні у реалізації програм «ЗДВ» і «ОПОЗ», прогрес значно відхилився від наміченого. Багато країн знехтували фундаментальними інвестиціями в систему ОЗ. Ще більше зросла нерівність між країнами, та всередині них, під час пандемії COVID-19. Досягнення в ОПОЗ вимагають цільового розподілу ресурсів і створення стійких систем ОЗ, які забезпечать пріоритет у доступі до основних послуг бідним і найбільш вразливим.

2.6.3. Успіхи у досягненні Цілей сталого розвитку на сьогодні

У середині періоду запровадження програми ЦСР спостерігалися неоднозначні ситуації щодо прогресу в системі ОЗ. Серед 53 показників ЦСР, пов'язаних із здоров'ям, 32 мають цифрові цільові показники розвитку. Жоден з цих цільових показників наразі не досягнутий, і, швидше за все, вони не будуть виконані, якщо поточні тенденції збережуться. Однак більшість із показників (42 з 53) демонструють деяку позитивну тенденцію у правильному напрямку; решта показників або рухаються в неправильному напрямку або не можуть бути оцінені через обмеженість наданих даних. Нове та переорієнтоване зобов'язання та наявність потенціалу на національному, регіональному та глобальному рівнях є ключовим, щоб прискорити прогрес і змінити тривожні тенденції.

2.7. Прогрес ВООЗ на шляху до мети «Потрійний мільярд»

Мета ВООЗ «Потрійний мільярд» є основою загальної програми ВООЗ (ЗПР 13). Вона включає набір амбітних цілей, спрямованих на покращення глобального здоров'я до кінця 2025 року: на один мільярд більше людей, які

отримують користь від ОПОЗ, на один мільярд більше краще захищених від надзвичайних ситуацій у сфері ОЗ, ще на один мільярд більше отримають краще здоров’я та благополуччя. Вона функціонує одночасно як інструмент вимірювання результатів впливу на здоров’я людей у країні, регіоні та світі.

Цілі Потрійного мільярда базуються на 46 індикаторах, які дозволяють відстежувати прогрес держав-членів ВООЗ у досягненні рівня покращення здоров'я населення країни. 39 індикаторів є Цілями сталого розвитку, а сім, що не належать до ЦСР, вирішують питання пріоритетів країн.

Прогнози Потрійних мільярдів були розраховані на роки 2019-2025 рр. у порівнянні з базовим рівнем 2018 р., забезпечуючи необхідні цифри для порівняння і оцінки прогресу.

Загалом, світ колективно досяг збільшення когорти населення, яке відчуває покращення рівня здоров'я, але інші цілі програми не досягнуті. У 2023 р., порівняно з 2018 р., на 1,2 млрд збільшилась кількість людей, які відчули покращання здоров’я та благополуччя; ймовірно ця цифра зросте до понад 1,5 млрд у 2025 р. Навпаки, за цей же проміжок часу, лише на 0,4 млрд збільшилася кількість людей, які отримують користь від ОПОЗ, і тільки на 0,6 млрд стало більше тих, хто краще захищений по здоров'ю під час надзвичайних ситуацій. Ймовірно, ці цифри зростуть відповідно до 0,6 і 0,8 мільярда до кінця 2025 р., що значно нижче цілі в один мільярд.

Здоровіший мільярд населення

Здорове населення постійно прагне покращитися своє здоров'я, досягти благополуччя, шляхом удосконалення способу життя, поведінки та навколишнього середовища. Щоб таких людей стало один мільярд, потрібні багатогалузеве втручання, адвокація і зміни в державній політиці та регулюванні. Розрахунок цього мільярда складається з 21 індикатора ЦСР, які охоплюють широкий спектр питань здоров'я, включаючи чисте повітря,

безпечну воду, безпеку на дорогах, вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, насильство, харчування та розвиток дітей.

Світ неухильно просувається до цієї мети: за період 2018-2023 рр. збільшення на 1,2 млрд кількості людей, які мають краще здоров'я та благополуччя. Хоча ця тенденція зберігається, прогрес значно сповільнився під час пандемії COVID-19 у 2020-2022 рр. Щорічна зміна внеску в «мільярд здорового населення» становила 407 млн у 2019 р., 237 млн у 2020 р.; 198 млн у 2021 р. та 186 млн у 2022 р. За прогнозами, до кінця 2025 р., порівняно з 2018 р., кількість додаткових людей, які будуть жити більш здоровим життям, перевищить 1,5 мільярда. Усі шість регіонів ВООЗ добре просунулися у цьому напрямку з 2018 р. Найбільше покращення відбулося у регіонах Південно-Східної Азії та Західної частини Тихого океану; зростання становило відповідно 53,0 % і 26,1 %.

Прагнення до мільярду людей, охоплених послугами ОЗ

Метою є збільшення кількості люди, які мають доступ до основних медичних послуг, але не створюючи для них фінансових труднощів. Прогрес на шляху до мільярда ОПОЗ оцінюється на основі двох складових: I - середнє охоплення обслуговуванням вимірюється урахуванням 14 індикаторів; II - фінансові труднощі вимірюються показником, який розраховується таким способом: катастрофічними вважаються витрати, якщо їх частка на ОЗ перевищує 10 % доходу людини або загальних витрат домогосподарств.

Прагнення досягти мільярду людей, краще захищених від надзвичайних ситуацій у сфері ОЗ

Індекс для досягнення цього мільярда розраховується на основі показника ЦСР 3, шляхом оцінювання трьох складових: (i) підготовка до надзвичайних ситуацій, (ii) запобігання надзвичайним ситуаціям та (iii) виявлення надзвичайних ситуацій і відповіді на них. На глобальному рівні від 2018 р. спостерігається послідовне покращення показника, пов'язаного з

надзвичайними ситуаціями. Однак цього прогресу недостатньо, щоб досягти мільярда людей, захищених від надзвичайних ситуацій до кінця 2025 р. У 2020 і 2021 рр. прогрес на цьому шляху зупинився або знизився, у багатьох регіонах ВООЗ.

Пов'язані із здоров'ям Цілі сталого розвитку та інформаційна система здоров'я

На шляху досягнення «Потрійного мільярда» враховують глобальне та національне зобов'язання країн у досягненні ЦСР, пов'язаних із здоров'ям. Цільова конструкція та цільові прогнози на потрійний мільярд дозволяють ВООЗ та її державам-членам оцінювати свій прогрес, щодо показників ЦСР, до 2030 р. Враховуючи поточні тенденції у досягненні прогресу на цьому шляху, мало ймовірно, що мета буде досягнута до 2030 року.

ВООЗ прагне співпрацювати з державами-членами для зміцнення спроможності їх систем збирати, аналізувати та використовувати дані про здоров'я. Різні інструменти були розроблені ВООЗ для розширення потенціалу країн у сфері збору та аналізу даних. Наприклад, оцінка ВООЗ для технічного пакету даних про здоров'я, була призначена для оцінювання інформаційною системою стану здоров'я країни, виявлення прогалин в даних і надання набору інструментів для покращення різних сфер функціонування інформаційних систем ОЗ. *Керування даними у межах компетенції*, розробленої ВООЗ, використовується, зокрема, в регіональному відділенні Західної частини Тихого океану: надання інформації про стан здоров'я менеджерів для виявлення прогалин у їх потенціалі та підвищенні компетентності розвитку на різних рівнях.

Таким чином, Потрійний мільярд ВООЗ є рамковим документом із стратегією своєчасного покращення глобального здоров'я. Цілі, встановлені на глобальному рівні, були підсумком сукупності оцінок кожної окремої країни і розраховані на основі основних індикаторів трасування. Прогноз у досягненні трьох мільярдів надається ВООЗ її членами (державами та

партнерами), для оцінки прогресу у виконанні зобов’язань по досягненню «Потрійного мільярда» і ЦСР, пов’язаних із здоров’ям.

Індикатори трасування - це наріжний камінь цілей потрійного мільярда, який є критично важливим інструментом для визначення країнами пріоритетності стратегій, для зміцнення здоров’я населення. Вивчивши прогнозовані дані на рівні індикаторів, держави можуть коригувати курс для досягнення ЦСР, встановлених для глобальної спільноти. Оскільки Загальна програма ВООЗ 13 (ЗП13) наближається до завершення у 2025 році, безперервне відстеження цілей Потрійного мільярда та належний перехід від ЗП13 до ЗП14 життєво важливо для ВООЗ, щоб забезпечити підзвітність, адаптивність та ефективність досягнення амбітних цілей, які ВООЗ встановила разом зі своїми державами-членами.

Усі три рівні ВООЗ - штаб-квартира, офіси регіональні та кожної окремої країни – повинні докласти максимум зусиль, щоб правильно виставити свої пріоритети. Через ці пріоритети, які будуть відображені в новій програмі ЗП14 та стануть індикаторами для неї, ВООЗ підтвердить свої зобов'язання задовольнити глобальні потреби, справедливість та безпеку у сфері ОЗ. Важливе значення матимуть інвестиції, зроблені в інформаційні системи по всьому світу для покращання надання і обробки даних стосовно здоров’я кожної окремої країни.

2.8. Ключові проблеми та тенденції у глобальній охороні здоров'я

Населення всього світу та економічне зростання, прогрес науки і техніки, а також *зростаючий їх взаємозв’язок*, принесли світу величезні суспільні зміни, разом із безпрецедентним прогресом, а також численні та складні проблеми, які впливають на здоров'я мільярдів людей у світі. Ключовими глобальними проблемами охорони здоров’я є наступні:

Подвійний тягар недоїдання

Недостатнє харчування існує паралельно з надмірною вагою та ожирінням: у дітей до 5 років - відставання в рості, виснаження і надмірна вага; худорба і ожиріння серед дітей і підлітків віком 5-19 років; недостатня вага і ожиріння серед дорослих віком від 18 років і старше.

Співіснування недоїдання, надмірної ваги та ожиріння можна вирішити, скориставшись перевагами спільних дій впливу на різні форми недоїдання, в тому числі біологічні, екологічні та соціальні, впроваджуючи програми спостереження за кількома поколіннями, враховуючи їх життєвий цикл. Також важливо включати національні дієтичні рекомендації по харчуванню, враховуючи існуючі продовольчі системи, гуманітарні умови та соціальну політику. Харчування і безпечність харчових продуктів тісно взаємопов’язані та необхідні для досягнення позитивних результатів. Їжа має бути безпечною, доступною, поживною, культурно прийнятною і регулярно вживаною, щоб забезпечити здоров'я та благополуччя. Зростаючий вплив інфекцій, при неналежній боротьбі з ними, може створювати порочне коло хвороб, особливо для вразливих груп.

2.8.1. Пов'язані з інвалідністю нерівності у стані здоров'я

Поняття інвалідності ґрунтується на Міжнародній класифікації ВООЗ (ICF), опублікованій в 2001 р. Вона виникає внаслідок порушень стану здоров’я, які відчуває особа, такі як деменція, сліпота або травма спинного мозку, і низка контекстуальних факторів, пов’язаних з різними екологічними та особистими факторами, включаючи соціальне ставлення, доступ до інфраструктури, дискримінаційну політику, бідність, вік і стать.

Люди з обмеженими можливостями страждають від несправедливості, яку можна уникнути. Вони помирають молодшими, мають гірше здоров'я і більше обмежень у повсякденному житті. Факторами, що сприяють цій

нерівності можуть бути: (1) *фактори, пов'язані із системою ОЗ*, а саме - бар'єри у фізичній інфраструктурі та комунікаціях, негативне ставлення медичних працівників, відсутність даних про інвалідність в інформаційній системі ОЗ; (2) *структурні фактори*, такі як стигма та дискримінація; (3) *соціальні детермінанти*, такі як бідність і відсутність освіти; та (4) *ризик захворювання* через ожиріння та надмірне споживання тютюну.

Передчасна смертність серед осіб з обмеженими можливостями

Даних про нерівність у здоров'ї, щодо передчасної смертності, серед осіб з інвалідністю мало. Проте, зростає кількість доказів, що особи з інвалідністю мають вищий її рівень, порівняно з особами без інвалідності. Систематичний огляд результатів 70 досліджень у 22 країнах із низьким і середнім рівнем доходу виявив, що люди з обмеженими можливостями мають удвічі більший рівень смертності, ніж особи без інвалідності. Передчасна смертність ще помітніша серед найбільш маргіналізованих людей з обмеженими можливостями [10, 11].

Наприклад, є дані деяких європейських країн з високим рівнем доходу, що особи з психосоціальними або інтелектуальними порушеннями мають вищі ризики передчасної смертності, порівняно із загальним населенням. Пандемія COVID-19 загострює цю статистику. Огляд результатів 56 досліджень виявив, що особи з інвалідністю майже втричі швидше помирали від COVID-19, ніж люди без неї [13, 14].

Погіршення здоров'я і підвищений ризик захворювання серед осіб з обмеженими можливостями

В цілому, люди з інвалідністю бідні, мають гірше здоров'я та підвищений ризик захворіти повторно. Дані з 31 європейської країни, зібрані за допомогою European Health Interview Survey у 2019 р. показують, що в цілому, порівняно з особами без інвалідності, люди з тяжкою інвалідністю частіше повідомляють про наявність НІЗ, у тому числі: хронічних

респіраторних хвороб (понад вісім разів частіше), ішемічної хвороби серця та стенокардії (в 12 разів частіше); інсульту (у 28 разів); діабету (у шість); депресії (у вісім). У 31 європейській країні величина різниці в показниках захворюваності між особами з та без інвалідності різна, але скрізь показник захворюваності залишається незмінно вищим серед осіб з обмеженими можливостями [10].

Фактори, що сприяють нерівності у стані здоров'я серед осіб з обмеженими можливостями

Існує цілий ряд факторів, які сприяють передчасній смертності та вищій захворюваності у людей з інвалідністю, і вони знаходяться поза межами системи ОЗ. До факторів впливу самої системи ОЗ відносимо відсутність доступного та інклюзивного надання медичних послуг, що часто залишає без догляду таких людей. Систематичний огляд результатів 29 досліджень з восьми країн світу з високим рівнем доходу показав, що жінки з інвалідністю мають на 22 % менше шансів бути перевіреними на рак молочної залози, на 33 % менше пройти скринінг на рак шийки матки, ніж їх ровесниці без інвалідності. Дані кластерних досліджень за кількома індикаторами у 28 країнах показують, що діти з обмеженими можливостями мають більший ризик пропустити щеплення: лише 44 % дітей у віці 24-35 місяців, з більш ніж однією функціональною проблемою, повністю вакциновані, порівняно з 58 % дітей того ж віку, без обмежених можливостей [16, 17].

Дані з 37 країн показують, що особи з інвалідністю мають менший доступ до медичних послуг: вони у чотири рази частіше не змогли отримати медичну допомогу, яку потребували, ніж люди без інвалідності (9 % осіб проти 2 % відповідно); у восьми країнах більше 20 % осіб з інвалідністю не змогли отримати медичну допомогу, коли вони її потребували. Основними чинниками низької доступності медичних послуг у європейських країнах є їх висока вартість, географічне розташування і довгі черги [18, 19].

У людей з обмеженими можливостями під впливом факторів ризику швидше наступає погіршення здоров’я. Дані, отримані з 31 європейської країни свідчать, що у осіб, які повідомляють про наявну інвалідність, у три рази частіше виявляється високий кров'яний тиск, вдвічі частіше мають ожиріння і третина не займається регулярною аеробною фізичною активністю. Причиною цього є відсутність доступної стратегії зміцнення здоров’я та профілактики [13, 15].

Важливу роль факторів, що спричиняють нерівність у здоров’ї серед осіб з обмеженими можливостями, відіграють різні соціальні детермінанти. Яскравим прикладом є бідність. Погані побутові та соціальні умови збільшують ризик погіршення здоров'я. За даними 36 європейських країн, 77,7 % осіб з тяжкою інвалідністю перебувають під загрозою бідності до соціальних трансфертів (таких як пільги, допомоги та пенсії), у порівнянні з 35,2 % без інвалідності. Але навіть після надання соціальних трансфертів, ризик бідності серед них усе ще високий (24,4 % проти 13,4 %). Тільки в дев'яти країнах проблеми з інвалідністю були незначними або взагалі відсутніми (різниця ≤ 5 %), але в решті країн розрив досягав 35,7 % [15, 18].

Бідність впливає на стан здоров'я осіб з інвалідністю - через нездатність дозволити собі витрати на його поліпшення, змінити погані умови проживання (перенаселення, що сприяє поширенню хвороб), запобігти поганому психічному здоров'ю і соціальному відчуженню.

36 країн Європи повідомлять, що особи з тяжкою інвалідністю вдвічі частіше скаржаться на незадоволені потреби в ОЗ через фінансові труднощі, ніж люди без неї. Вони вдвічі частіше не у змозі оплатити несподівані фінансові витрати (наприклад, операцію або ремонт будинку), у чотири рази більш обтяжені витратами на житло і мають більше шансів жити в поганих умовах, терплять важкі матеріальні нестатки [15, 18].

Прогалини у механізмах соціальної підтримки призводять до того, що особи з інвалідністю в основному покладаються на підтримку членів родини,

займаючись само-оздоровленням та підтримкою свого психічного здоров'я. Проблемою є також те, що особи з інвалідністю знаходяться під більшим ризиком насильства, але з цього питання існують значні прогалини в даних.

Шлях до інклюзивних систем охорони здоров'я

Шлях вперед для досягнення інклюзивних систем ОЗ прокладається через зміцнення самих цих систем, інтегруючи цілеспрямовані дії щодо забезпечення рівності здоров'я людям з обмеженими можливостями. Для цього вкрай важливо отримувати надійні дані від урядів країн, про вжиті заходи щодо таких людей, які дозволять контролювати та відстежувати досягнення прогресу.

Однак, як показано вище, даних про нерівність у здоров'ї серед осіб з інвалідністю мало. Набір даних про інвалідність у багатьох країнах не є пріоритетним; тому докази нерівності у здоров'ї обмежені. Проте відсутність доказів не слід тлумачити як відсутність несправедливості. Існує нагальна потреба збирати або дезагрегувати дані про населення та установи, враховуючи фактор наявності людей з інвалідністю. Це особливо важливо, коли йдеться про фінансування усіх потреб, пов'язаних з такою проблемою. Тільки на основі достовірних даних про інвалідність, країни зможуть розробити політику, що ґрунтується на фактах моніторингу ЦСР, щоб вимірювати прогрес у досягненні цілей ОПОЗ і оцінити виклики, що ще залишилися.

2.8.2. Здоров'я біженців і мігрантів

За період 1990-2020 рр. кількість міжнародних мігрантів зросла від 153 мільйонів (2,9 % світового населення) до 281 млн. (3,6 %) у 2020 р. Ця цифра не включає внутрішніх мігрантів, які у 2005 р. оцінювалися приблизно в 763 мільйони. Крім того, у 2023 р., 110 млн осіб вимушено переселилися, в тому числі і внутрішньо переміщені особи, біженці та шукачі притулку.

Міграція може як покращити, так і погіршити особистий стан здоров'я. У біженців і мігрантів в країнах транзиту (призначення), погіршення здоров'я відбувається через бар’єри: мовні та культурні відмінності, інституційна дискримінація та обмежене використання медичних послуг. Перша Всесвітня доповідь ВООЗ про стан здоров'я біженців і мігрантів, випущена у 2022 р., дає огляд здоров'я біженців та міжнародних мігрантів, вказує на виклики громадському здоров'ю, а також виявляє прогалини у наданих інформаційних даних. Важливе значення для досягнення рівності в ОЗ біженців та мігрантів має пріоритетність своєчасної, доступної та гідної охорони здоров’я [21-24].

Ключові проблеми, що впливають здоров'я біженців і мігрантів

Деякі потоки глобальної міграції можуть сприяти економічному зростанню та позитивним демографічним змінам. Проте переміщення осіб через надзвичайні ситуації, викликані збройними конфліктами, спалахами хвороб, природними стихійними лихами та зміною клімату, створюють значні проблеми для приймаючої сторони. Необхідно заздалегідь підготувати системи охорони здоров’я та соціального захисту для раптового напливу людей. Нові та надзвичайні ситуації створюють труднощі у наданні послуг ОЗ у всіх регіонах ВООЗ. Крім смертей і травм, зростають ризики інфекційних захворювань і психічних порушень, а заклади охорони здоров’я можуть не впоратися із зростаючими проблемами з багатьох причин, зокрема через перебої у електропостачанні. Виникає загроза недоїдання та голоду через порушення у поставках їжі; загострюються критичні потреби для здоров’я дуже вразливих прошарків населення [25].

Хоча велика частина біженців і мігрантів загалом у доброму здоров’ї, серед них є багато дітей, людей похилого віку та інвалідів, а також тих, чиє здоров'я погіршилося під час подорожі, чи раніше, у їх рідній країні. Перебуваючи у приймаючій країні люди створюють сім’ї, хворіють, отримують травми, у них виникають потреби у лікуванні, іншій медичній

допомозі, які виходять за межі національних кордонів. В той же час, багато країн обмежують медичне покриття на основі імміграційного статусу, обмежують доступ до страхування та послуг в ОЗ, а вартість екстреного догляду може бути непосильною із власних коштів. Ці перешкоди залишають мільйони людей у вразливому становищі у всьому світі, у них погіршується здоров'я, особливо в умовах низького рівня життя та відсутності роботи [25].

Результати проведеного дослідження виявили вищі показники анемії у жінок і дітей серед біженців і мігрантів, порівняно з місцевим населенням; також є підвищений ризик як анемії, так і недоїдання у деяких табірних середовищах. Трудові мігранти піддаються дискримінації, експлуатації, обмежуються у правах на робочому місці та соціальному захисті, а також можуть мати проблеми із здоров'ям через професійну діяльність: наприклад, підвищений ризик травми під час роботи, особливо серед чоловіків-мігрантів, зайнятих на підприємствах з підвищеним ризиком.

Протягом пандемії COVID-19 трудові мігранти в деяких країнах, особливо ті, які займалися низько кваліфікованою роботою з малою заробітною платою, мали підвищений ризик захворіти через погані умови проживання. Ті, хто був зайнятий в таких галузях, як охорона здоров'я та сільське господарство, мали непропорційно великий тягар викликів, пов'язаних із пандемією. Крім того, є частина біженців та мігрантів, які особливо вразливі до інфекційного впливу на міокард, що призводить до спалаху міокардитів, а доступ до діагностики та терапії вкрай обмежений.

Дані про політику доступу до медичної допомоги, отримані від 84 країн світу за період 2018-2021 рр. показують, що лише половина з них надають доступ біженцям і мігрантам до усіх послуг ОЗ, які фінансуються урядом. Наявні дані свідчать, що ризики захворіти на важкі і невиліковні хвороби вищі серед мігрантів і біженців у порівнянні з популяцією господарів. Дослідження у двох європейських країнах із високим рівнем доходу

показало, що рак часто діагностували на пізніх стадіях серед популяції біженців та мігрантів, що призводить до гірших результатів лікування, ніж для населення-господаря. Дослідження в трьох африканських країнах вказало прогалини в обізнаності щодо раку шийки матки серед жінок-біженок і іммігранток, підкреслюючи важливість профілактики та раннього виявлення.

Моделі нерівності щодо тягаря неінфекційних захворювань та факторів ризику між мігрантами та господарями значно відрізняються у країнах Європи, відображаючи багатогранний вплив генетичних, соціальних, екологічних та інших факторів, що сприяють навантаженню НІЗ [24].

Наприклад, частка людей, які повідомляють про тривалу хворобу або проблему із здоров'ям, на *10 % вища серед мігрантів* у *семи країнах*; але в *шести* інших країнах ця проблема *вища на 10 % у господарів*. Високий артеріальний тиск на *10 % вищий серед мігрантів* у *трьох* країнах; але в *семи* інших країнах він на *10 % вищий у господарів*.

Подібною є нерівність у поширеності факторів ризику НІЗ в різних країнах. Наприклад, поширеність куріння тютюну було на 5 % вище серед мігрантів у чотирьох країнах, але у шести країнах на 5 % вище серед господарів. Вісім країн повідомляють про поширеність надмірної ваги на 5 % вищу серед мігрантів, у той час як у інших восьми країнах на 5 % вона вища серед господарів.

Таким чином, дані щодо НІЗ між мігрантами та господарями значно відрізняються між європейськими країнами, підкреслюючи необхідність адаптації до конкретної країни при проведенні таких досліджень [15, 18].

Потреба в якісних даних для оцінки здоров'я біженців та мігрантів

У національних медичних інформаційних системах бракує своєчасних, репрезентативних і систематично зібраних даних про здоров'я біженців і мігрантів. Це ускладнює розуміння і задоволення їх потреб у сфері ОЗ,

розвитку інклюзивного підходу громадськості до ОЗ та спостереженню за прогресом у досягненні цілей на національному і глобальному рівнях. Підходи, які ґрунтуються на основі достовірних даних є життєво важливими для сприяння рівності в охороні здоров'я та соціальному охопленні.

Біженці з України у Польщі

Початок війни в Україні у 2022 р. спричинив безпрецедентний та миттєвий потік мільйонів біженців з України в інші країни Європи та за її межі. Польща, у розпал кризи в країні, прийняла до 3,5 мільйонів біженців.

Враховуючи нагальну потребу в інформації про стан здоров'я та потреби біженців, Статистичне управління Польщі тісно співпрацювало з ВООЗ на рівні країни, регіону та штаб-квартири. Для цього були застосовані змішані методи підходу, розпочаті у 2022 р. (повторені у 2023 р.), через репрезентативне опитування домогосподарств та дослідження поведінкових інсайдів. Ця співпраця, представлена на 54-й сесії Статистичної комісії, отримала визнання за її інноваційну методологію.

Важливо продовжувати впровадження змішаних методів дослідження в заходи гуманітарного реагування, забезпечуючи узгодження з існуючими визначеннями та статистичними рамками біженців та мігрантів, а також забезпечення координації з Експертною групою з питань біженців, внутрішньо переміщених осіб і осіб без громадянства та Групою експертів ООН із міграційної статистики. Наголошуються, що цивільні громадські організації відіграють вирішальну роль у наданні підтримки, особливо у спеціалізованій та психіатричній допомозі.

Через наплив біженців з України населення зросло більш ніж на 4 %, і влада Польщі поставила на перше місце здоров'я біженців та їх потреби. Керуючись директивою ЄС, затребувана інформація та її обробка були зроблені швидко, і стали доступними для польської влади, але наявність

низки бар'єрів (мовні та культурні відмінності, тощо) продовжують перешкоджати швидкому доступу до медичної допомоги. Особливо це зачепило людей з психічними хворобами, про які було відомо, але проблема часто занижувалася до стигми та практичних перешкод.

Висока вартість лікування, особливо у приватних закладах з меншим часом очікування, стоматологічна допомога та ціни на ліки, створюють значну перешкоду для біженців, так як оплата здійснюється власним коштом. Разом з тим, польська влада надає значне фінансування, щоб більшість людей мали безкоштовну медичну допомогу.

МОЗ України повідомляло, що всі громадяни України, які прибули в Польщу після 24 лютого 2022 року, мають право на безоплатну медичну допомогу на рівні з громадянами Польщі. Це стало можливим завдяки спеціальному закону, який дозволяє українцям, які легально перебувають на території Польщі, отримувати медичні послуги безкоштовно. Станом на 18 березня 2022 року в Польщі було госпіталізовано приблизно 1,5 тисячі пацієнтів з України, зокрема 400 дітей. Це право надається всім громадянам України, від неповнолітніх до людей похилого віку.

Однак тепер з'явилася нова ініціатива від партії «Конфедерація», яка пропонує змінити цей підхід. Новий законопроєкт передбачає, що безкоштовне медичне обслуговування для українських біженців у Польщі буде надаватись тільки в тому випадку, якщо вони сплачують внески на медичне страхування в країні. Ці зміни спрямовані на те, щоб зрівняти права громадян України з громадянами Польщі та інших іноземців, які проживають на території Польщі і зобов'язані платити внески на медичне страхування, щоб отримувати доступ до медичних послуг.

Ідея змін у медичній політиці з'явилась через певну нерівність, що виникла між українськими біженцями та польськими громадянами.

Вказується, що протягом трьох років після початку війни в Україні, українці отримували пільговий доступ до медичних послуг. Водночас поляки повинні були платити страхові внески на медичне страхування для отримання таких же послуг, що створювало певний дисбаланс. Представники «Конфедерації» вважають, що це призводить до привілейованого становища для громадян України, і тому пропонують переглянути це питання.

Якщо законопроєкт буде ухвалено, українські біженці, які не працюють або не сплачують медичне страхування в Польщі, більше не зможуть отримувати безкоштовну медичну допомогу. Це стосуватиметься тих, хто не бере участь в системі медичного страхування через неофіційну роботу або відсутність оформлених трудових відносин у Польщі. Проте, ті, хто працює та платить внески на медичне страхування, зможуть продовжувати користуватись медичними послугами безкоштовно.

Проєкт закону був поданий до Сейму, і зараз очікується його розгляд. Він є частиною ширшої політичної ініціативи, яка включає зміни до програми допомоги 800+, щоб виплати були прив'язані до факту працевлаштування та сплати податків в Польщі. Якщо зміни будуть прийняті, вони набудуть чинності через 30 днів після ухвалення постанови. Це означатиме значні зміни для біженців з України, які звикли до безкоштовного медичного обслуговування в Польщі. Такий підхід має на меті забезпечити доступну допомогу лише тим, хто вносить свій вклад у польську економіку, але, на жаль, не враховується, що це створить додаткові труднощі для українських біженців, які перебувають у складних умовах.

У Глобальному плані дій ВООЗ щодо зміцнення здоров'я біженців та мігрантів наголошується на нагальній потребі у зборі високоякісних, дезагрегованих на міграційний статус даних, для моніторингу прогресу у досягненні Цілей сталого розвитку, пов’язаних із здоров’ям.

3. СТАН ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я У ЄВРОПЕЙСЬКОМУ РЕГІОНІ

Європейське регіональне бюро ВООЗ кожні три роки робить флагманську публікацію про стан охорони здоров'я в Європі. У доповіді за 2024 р. зроблено важливі висновки:

- Очікувана тривалість життя зросла, проте стан здоров'я мешканців регіону продовжує знаходитися під негативним впливом загроз, які важко подолати, та нових ризиків, які вимагають невідкладної уваги на фоні наслідків пандемії COVID-19.

- Системи охорони здоров'я європейського регіону (ЄР) ще не повністю відновилися і одночасно стикаються із складними викликами, у тому числі пов'язаними з дефіцитом робочої сили, демографічним зсувом, зміною клімату та стрімкими темпами розвитку технологій.

ВООЗ попереджає про кризу, яка загрожує здоров'ю людей у будь-якому віці. Щороку майже 76000 дітей у ЄР вмирають, не доживши до свого п'ятого дня народження. Кожна шоста людина вмирає від неінфекційних захворювань, не доживаючи до 70 років. Незважаючи на певні успіхи в деяких областях, загалом у ЄР ВООЗ, де системи охорони здоров'я здавна вважалися одними з найсильніших у світі, спостерігається відсутність прогресу або навіть погіршення ситуації за цілим рядом показників, від здоров'я дітей та підлітків до хронічних захворювань. Такий основний висновок останньої Доповіді про стан охорони здоров'я в Європі, в основі якої лежать нові дані щодо всіх 53 держав-членів ВООЗ у Європі та Центральній Азії.

Необхідні спільні дії за такими напрямами:

1. Ефективніша охорона здоров'я наших дітей;
2. Боротьба з неінфекційними захворюваннями, яким можна запобігти;

3. Вивчення такого нового явища, як значне зростання порушень психічного здоров'я (ПЗ) та душевного благополуччя;
4. Активізація боротьби з інфекційними хворобами;
5. Зміни і перетворення у системах охорони здоров'я для підвищення їх життєстійкості на тлі нових надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я, зміни клімату та демографічного зсуву;
6. Забезпечення більш надійної доказової бази для вироблення політики в галузі охорони здоров'я.

3.1. Більш ефективна система охорони здоров’я дітей і матерів

Всесвітній день здоров'я, який відзначався 7 квітня 2025 р., дав старт річній інформаційній кампанії з питань охорони здоров'я матерів та новонароджених. У рамках цієї кампанії, яка пройшла під девізом «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього», до урядів країн і світової спільноти в галузі охорони здоров'я був звернутий заклик активізувати зусилля з ліквідації материнської та дитячої смертності, і приділяти пріоритетну увагу здоров'ю та благополуччю жінок в цілому. ВООЗ та партнери зобов’язані поширювати корисну інформацію з питань охорони здоров'я під час вагітності та пологів, а також зміцненню його у післяпологовий період. Завдання забезпечити виживання та процвітання кожної жінки та кожного немовляти має вирішальне значення.

На жаль, за опублікованими на сьогоднішній день оцінками, щороку від причин, пов'язаних з вагітністю та пологами, вмирає майже 300000 жінок, більше двох мільйонів немовлят гинуть в перший місяць життя, і приблизно така ж кількість вагітностей закінчуються втратою дитини. В середньому кожні сім секунд відбувається один випадок смерті, який можна було би застерегти.

Виходячи з поточних тенденцій, чотири із п'яти країн відстають від графіка виконання завдань по підвищенню показників виживання матерів до 2030 р., а кожна третя країна не зможе досягти цільового показника скорочення смертності серед новонароджених.

Хоча в цілому в ЄР показники дитячої смертності, якої можна запобігти, є одними з найнижчих у світі, між країнами з кращими і найгіршими показниками зберігається величезний розрив: від 1,5 до 40,4 смерті на 1000 живонароджень. Для ліквідації цього розриву потрібні довгострокові інвестиції у розвиток послуг з охорони здоров'я матері та дитини, включаючи послуги вакцинації.

Згідно з останніми даними про смертність у віці до п'яти років у 53 державах-членах, у 2022 р. не дожили до свого п'ятого дня народження 75647 дітей. П'ять основних причин смертності віком до п'яти років: ускладнення при передчасних пологах, асфіксія новонароджених, вроджені вади серця, інфекції нижніх дихальних шляхів, неонатальний сепсис та інші інфекції.

Необхідно прислухатися до жінок та надавати підтримку сім'ям, адже вони у всьому світі потребують високоякісної допомоги, фізичної та емоційної підтримки до, під час, та після пологів. Вирішення численних проблем зі здоров'ям, з якими стикаються матері та новонароджені, потребує еволюції систем охорони здоров'я. До зазначених проблем належать не лише безпосередні ускладнення вагітності та пологів, а й психічні розлади, неінфекційні захворювання та питання планування сім'ї.

Що стосується дітей старшого віку та підлітків, то тут пріоритетним завданням стає захист психічного здоров'я:

• У кожного п'ятого підлітка є порушення психічного здоров'я.

• Суїцид є головною причиною смерті у віці від 15 до 29 років.

• Дівчатка стабільно характеризують свій рівень психічного благополуччя як нижчий, ніж хлопчики.

• 15 % підлітків повідомляють, що ставали жертвами кібербулінгу.

• Кожен десятий підліток у віці 13-15 років вживає тютюнові вироби (11%), включаючи електронні сигарети (23 %).

• Майже третина всіх дітей шкільного віку має надлишкову масу тіла, а кожна восьма дитина страждає на ожиріння.

• Смертність внаслідок дорожньо-транспортних пригод залишається основною причиною смерті дітей та підлітків.

Агресивний маркетинг продуктів з високим вмістом жирів, солі та цукру негативно впливає на моделі споживання. Необхідно забезпечити дітям усіх країн права та можливості, щоб вони могли самі вибирати корисніші продукти харчування та вести активний та здоровий спосіб життя.

«Молоді люди почувають себе більш самотніми, ніж раніше. Багато хто з них мають зайву вагу і страждають від низької самооцінки; це створює передумови для погіршення їх здоров'я в майбутньому, – заявив директор ЄРБ ВООЗ д-р Hans Henri P. Kluge. – Саме тому ЄРБ та Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) цього року винесуть на затвердження 53 держав-членів нову знакову стратегію охорони здоров'я дітей та підлітків».

3.1.1. Демографічна ситуація у світі

У дослідженні, опублікованому в науковому журналі The Lancet, повідомляється, що до кінця століття народжуваність по всьому світу буде настільки низькою, що більшість держав не зможуть підтримувати наявну кількість населення. Водночас лідерами за народжуваністю будуть найбідніші країни.

За прогнозом науковців зі США, до 2050 р. 155 з 204 країн і територій (76% від усіх) матимуть рівень народжуваності, нижчий за необхідний для відтворення населення. До 2100 р. їх вже буде 198 (97 %).

Таких висновків науковці дійшли за допомогою аналізу опитувань, переписів населення та інших даних, зібраних з 1950 по 2021 роки в межах дослідження «Глобальний тягар хвороб, травм і факторів ризику».

За словами вчених, до кінця століття понад три чверті живонароджених припадатиме на країни з низьким і нижчим за середній рівнями доходів. Понад половина з них - країни Африки на південь від Сахари.

У 1950 р. середня кількість народжень на одну жінку була близько п’яти, а до 2021 р. знизилася до 2,2. Одночасно, 110 країн (54 %) у 2021 р. вже мали показники, які не забезпечують відтворення населення, - нижчі за 2,1 дитини. Особливо тривожна тенденція спостерігається у Південній Кореї та Сербії. Там рівень народжуваності становить менш ніж 1,1 дитини на жінку. У 2023 р. у Південній Кореї рівень народжуваності ще впав, який і без того був найнижчим у світі.

Зменшення кількості новонароджених у країнах з високим рівнем доходу пов’язане з більшою кількістю можливостей для жінок в освіті та роботі. Водночас у бідніших країнах, як зазначають дослідники, необхідно покращувати доступ до освіти та засобів контрацепції. У звіті зазначено, що у зв’язку із скороченням населення майже кожної країни, залежність від відкритої імміграції стає необхідною для підтримки економічного зростання.

Найбільш стрімким і невпинним упродовж останніх 50 років є зниження рівня народжуваності в розвинених країнах. Уряди витрачають значні кошти на розробку і реалізацію політик для сповільнення цього процесу. Але ефективність таких заходів дискусійна, оскільки на рішення народжувати впливає безліч факторів – від економічної ситуації до усталених соціальних і культурних норм. Проте дослідження виявили відносно успішний набір політик для заохочення родин мати більше дітей.

Науковці пояснюють демографічні зміни за допомогою концепції демографічного переходу, перший етап якого світ пройшов на початку XX століття. Він характеризувався різким зниженням смертності при збереженні високого рівня народжуваності. На другому етапі демографічного переходу (кінець 60-х – початок 70-х років) почалися проблеми: рівень смертності перевищив рівень народжуваності, адже народжуваність у світі впала у півтора рази, а кількість багатодітних родин стрімко зменшувалась.

Серед основних причин спаду народжуваності називають зміну способу життя. Народження дітей стає все «дорожчим»: замість того, щоб мати багато нащадків, на вихованні яких, ймовірно, довелося б економити, батьки вирішують мати одного-двох, але забезпечити їм якісне виховання і кращі можливості. Завдяки поширенню безпечної і якісної контрацепції жінки можуть відкладати заміжжя і народження дитини, щоб отримати кращу освіту і присвятити час кар'єрі. Жінок лякає перспектива «випасти» з ринку праці і суспільного життя. Дослідження доводять, що дійсно, жінки, які виховують дітей, зазвичай заробляють менше за бездітних. Ця концепція отримала назву «*штраф за материнство*».

За різними оцінками, станом на 2012 рік «штраф за материнство» був майже нульовим у Фінляндії, Швеції, Бельгії та Ізраїлі; 5-10 % - у Франції, Канаді, Об'єднаному Королівстві, Польщі, Словаччині та Чехії; 10-15 % – у США та Угорщині; 20-33 % – у більшості країн Європи та в Ірландії.

За даними Світового банку, станом на 2021 р. у світі сукупний коефіцієнт народжуваності (СКН), тобто середня кількість дітей, яких жінка може народити протягом репродуктивного віку, становить **2,3** дитини. Найвищий він у країнах Африки - Нігері (7 дітей), Сомалі й Чаді (6 дітей) та інших. Найнижчий - у країнах Азії (Гонконг та Корея - менше 1).

В Японії, країні, з високим рівнем доходів, рівень народжуваності продовжує падати з 1973 р., коли він складав 2,09 млн дітей у рік. У 2016 р. народилося менше 1 млн, а у 2022 р. - менше 800 тис. У 2024 р. вперше за час спостережень за рік народилося менше 700 тис. дітей - 686 тис., і у порівнянні з 2023 р. зниження ще на 5,7 %.

Таким чином, СКН в Японії опустився у 2024 р. до рекордно низького показника - 1,15 (2023 р. - 1,2). При цьому СКН і число новонароджених в цій країні зменшується вже дев'ять років поспіль.

Після 2008 р. населення Японії невпинно скорочується через низький рівень народжуваності і високу смертність, яка досягла рекордного рівня вперше після Другої світової війни: за 2024 р. померло більше 1,6 млн осіб.

Водночас рівень заміщення - середня кількість дітей на одну жінку, яка забезпечує відтворення популяції, – становить **2,1**. Падіння нижче цього показника означає депопуляцію, тобто скорочення населення.

З кінця 60-х років країни розробляли і перевіряли успішність найрізноманітніших політик для підтримки родин і заохочення їх мати більше дітей. Однак дослідження показують, що лише мала частина таких політик можуть зарадити скороченню народжуваності. Розгляньмо, які саме.

Згідно з дослідженням Фонду ООН у галузі народонаселення, найкращий результат показало забезпечення доступу до дешевих і якісних послуг догляду за дітьми, тобто до дитячих садочків.

Також ефективним є впровадження гендерно рівного підходу у відпустках по догляду за дитиною, а також забезпечення інклюзії та усунення гендерної дискримінації на роботі.

Найменшим і найкоротшим є вплив на народжуваність грошовими виплатами. Якщо при народженні дитини починають виплачувати значні

суми, народжуваність може збільшитися на певний час (до кількох років), однак із часом цей ефект знижуватиметься.

Країни зазвичай впроваджують комплекс заходів: розширення мережі послуг догляду за дитиною, грошові виплати та оплачувані відпустки по догляду за дитиною, витрачаючи на такі політики багато грошей. За даними ООН, такі видатки можуть сягати 4 % ВВП, а в країнах ОЕСР становлять 2,3% ВВП.

Найкращі результати впровадження політики підвищення народжуваності показали низка країн. Найвищий показник СКН у ЄС має *Франція* (1,8). Політики підтримки сімей тут масштабні і всеохопні: щороку Франція виділяє на них до 3,5 % ВВП. У скандинавських країнах – *Швеції і Норвегії* – спади й підвищення рівня народжуваності пов'язані скоріше з економічними циклами. Але і тут зберігається один із найвищих показників СКН - 1,7 та 1,6 відповідно. У 2019 році країни витратили на політики підтримки родин понад 3 % ВВП.

В той же час, значні витрати на програми заохочення сімей до більшого народжування не призвели до бажаного результату в *Польщі*, яка витрачає на заходи підтримки сім'ї близько 3,5 % ВВП. У цій країні матір може отримати до 32 тижнів відпустки по догляду за дитиною, яка оплачується на рівні 60-100% попереднього доходу; виплати у розмірі 95-135 польських злотих (827-1175 грн) на кожну дитину до досягнення нею 24 років; неоподатковувану щомісячну виплату 500 злотих (4355 грн) на кожну дитину віком до 18 років, а також 95 злотих щомісячно на кожну третю і наступну дитину.

3.1.2. Демографічна ситуація в Україні

Ще до повномасштабної війни рівень народжуваності в Україні був найнижчим у Європі. У 2020 р. народилося **293400** малюків, а померло **616800** осіб (перевищення смертності у **2,1** рази).

Надалі спостерігається тільки зменшення народжуваності. А саме: у 2023 році в Україні народилося **187387** дітей, що є найменшим показником за час незалежності. Це на 32 % менше, порівняно з 2021 роком (**273772** дитини) та менше, ніж у 2022 році (**206032**).

У 2024 році зафіксовано **176679** народжень (на 5,8 % менше за показники 2023 р.), померло **495090** осіб. Тобто співвідношення смертей до народжень становило **2,8**.

Міністерство юстиції України опублікувало звіт про державну реєстрацію актів цивільного стану за **2025** рік. Дані свідчать про подальше критичне зменшення народжуваності та високий рівень смертності на підконтрольних Україні територіях. Згідно зі звітом, протягом 2025 року в Україні народилося **168778** дітей, тоді як померло **485296** осіб. Це означає, що кількість смертей у **2,87** рази перевищує кількість народжень, а природне скорочення населення за рік становить **316518** осіб.

Таким чином, у **2025** р. *загальна кількість смертей дещо зменшилася, однак народжуваність впала ще сильніше*, що призвело до погіршення самого співвідношення. Отже 2025 рік демонструє ще глибшу демографічну кризу, коли на кожну народжену дитину припадає ще більше смертей.

У співвідношенні народжень до смертей найкращий показник має Рівненська область – на одне народження припадає 1,53 смертей, тоді як найгірша ситуація у Херсонській області, де на одне народження припадає майже 12 смертей

Лідерами за кількістю новонароджених стали:

- м. Київ - 19410;
- Львівщина - 15872;
- Дніпропетровщина - 12754;
- Одещина - 11956;
- Київщина - 10294.

Щодо рівня смертності, то найвищі показники у 2025 р. зафіксовані у:

- Дніпропетровській області – 52559;
- м. Києві - 36296;
- Харківській області - 34670;
- Львівській області - 31532;
- Одеській області – 31267.

Співвідношення смертей до народжень у регіонах:

Рівненська – 1,53
Волинська – 1,69
Закарпатська – 1,75
м. Київ – 1,86
Львівська – 1,98
Чернівецька – 2,09
Івано-Франківська – 2,21
Одеська – 2,61
Тернопільська – 2,7
Київська – 2,79
Вінницька – 2,85
Хмельницька – 2,96
Житомирська – 2,99
Кіровоградська – 3,65
Миколаївська – 3,66
Полтавська – 3,96
Черкаська – 4,0
Дніпропетровська – 4,12
Чернігівська – 4,71
Харківська – 4,93
Сумська – 5,09
Запорізька – 5,1
Донецька – 11,21
Херсонська – 11,93

Кількість смертей в Україні перевищила народжуваність у 2,87 рази. Найбільше падіння народжуваності зафіксовано на Херсонщині (- 16 %) та Запоріжжі (- 11 %).

Вкрай важка демографічна ситуація на підконтрольних частинах Херсонщини й Донеччини. Щодо співвідношення померлих до народжених у різних регіонах, найгірші показники спостерігаються в Херсонській та Донецькій областях (11,93 та 11,21 рази відповідно). Значно гірші за середній показник виявили у Запорізькій і Сумській областях (співвідношення 5,1), Харківській (4,93) та Чернігівській областях (4,71).

Згідно з даними Міністерства юстиції, найкращими є співвідношення у Рівненській (1,53), Волинській (1,69), Закарпатській (1,75), Львівській (1,98) і Чернівецькій (2,09) областях та у м. Києві (1,86).

За даними Центрального розвідувального управління США, Україна має найвищий рівень смертності та найнижчу народжуваність у світі.

В Україні демографічна криза розпочалася на початку 1990-х; у 1991 році на одну матір припадало 1,9 дитини. Упродовж наступних 10 років народжуваність знизилася до 1,1 дитини. На думку заступника директора Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. Птухи О. Гладуна, *«У 1990-х роках заощадження зникли, а зарплати знецінилися в умовах економічної кризи. У повітрі зависла невизначеність та невпевненість у майбутньому, яка «вплинула на репродуктивну поведінку населення»*.

Показник СКН в Україні - 1,2 дитини - найнижчий у Європі і один із найнижчих у світі. Для порівняння, сусідні Молдова і Румунія мають СКН 1,8, Угорщина і Словаччина - 1,6, РФ і Білорусь - 1,5. Найближчою до України є Польща, де СКН становить 1,3.

Скорочення населення відбувається у більшості європейських країн, і в перспективі воно може мати негативні наслідки для економіки. При

зростанні тривалості життя це призводить до скорочення частки молодого, працездатного і економічно активного населення, а отже зниження темпів економічного розвитку та впровадження інновацій. Ще один негативний наслідок - можливий колапс системи соціального захисту, дефіцит робочої сили, а також скорочення попиту всередині країни.

У березні 2026 р. з'явилося повідомлення від уряду, що рівень народжуваності в Україні досягнув історичного антирекорду - 0,9. Тобто, середня кількість дітей на одну українську жінку становить 0,9, тоді як для простого відтворення населення необхідно 2,2. Серед основних причин - те, що близько 800 тисяч українок віком від 18 до 34 років виїхали до країн ЄС. Покоління здорових чоловіків віком до 30 років наразі найменше за всю історію незалежності України, а відсутність жінок відіграє більшу роль в українській демографії, ніж призов чоловіків до армії.

Розробка заходів для збільшення народжуваності в Україні

Найбільш поширений вид допомоги, на яку можуть розраховувати сім'ї при народженні дитини – це соціальні виплати і компенсації.

У Державному бюджеті України на 2023 рік була передбачена програма «Соціальний захист дітей та сім'ї» з фінансуванням 26,9 млрд грн. Саме з цієї програми фінансувалося більшість соцдопомог у зв'язку із народженням дитини:

- виплата при народженні становила 41280 тис. грн;
- пакунок малюка – набір речей для догляду за новонародженим;
- виплата тимчасової державної допомоги дітям, чиї батьки ухиляються від аліментів;
- виплата на дітей, які виховуються у багатодітних сім'ях;
- програма «муніципальна няня» (у 2023 р. виплата склала 6700 грн);

- одноразові виплати жінкам, які отримали почесне звання України «Мати героїня» у розмірі десяти прожиткових мінімумів (у 2023 році це 25 890 грн).

Крім того, у державному бюджеті були передбачені програми оздоровлення дітей у дитячих таборах (загальна сума коштів - близько 446,5 млн), а також програма підтримки малозабезпечених сімей (загальна сума видатків – майже 53,5 млрд грн), за якою ці сім'ї можуть отримати житлові субсидії та інші пільги.

Загалом у 2023 р. держава виділила майже 80,8 млрд грн на підтримку українських родин. Це приблизно 1,5 % від ВВП за 2022 р. та близько 3,5 % загальних видатків держбюджету – 2023 р.

Оскільки в Україні тривають воєнні дії, національна оборона є і залишатиметься пріоритетним напрямом для спрямування бюджетних коштів (у 2025 р. видатки на оборону досягли **26 %** ВВП). Видатки на оборону є пріоритетними і у 2026 р., досягнувши понад 2,8 трлн грн (2807,1 млрд грн), що дорівнює **27,2 %** ВВП та майже 60 % усіх видатків загального фонду держбюджету. Основні кошти спрямовуються на грошове забезпечення військових, закупівлю озброєння та техніки, а також розвиток оборонно-промислового комплексу. Тому фінансовий ресурс, який Україна може спрямувати на програми для підтримки народжуваності, значно менший за той, які можуть собі дозволити багаті країни світу. В таких умовах урядові слід оцінити наявні політики підтримки родин і обрати ті, які будуть максимально ефективні.

Так, прямі грошові виплати варто залишити лише для підтримки найменш забезпечених або багатодітних родин. Краще спрямувати більше коштів на розвиток послуг догляду за дитиною. Це можуть бути програми державного або муніципального рівня, які передбачають компенсації батькам

за послуги соціальних працівників або приватних дитсадків, а також підтримка будівництва дитсадків місцевою владою.

В Україні з 1 січня 2026 року збільшили виплати при народженні дитини до 50 тисяч грн, а щомісячну допомогу по догляду за дитиною до одного року – до семи тисяч гривень. До цього, у 2024 році, Кабмін ухвалив стратегію демографічного розвитку.

Крім того, держава має впроваджувати гендерно рівний підхід по догляду за дитиною. Прикладом для України може бути модель Швеції, де батько має обов'язково взяти 60 оплачуваних вихідних по догляду за дитиною із 480 можливих або модель інших європейських країн, де батько й мати можуть на свій розсуд розподіляти дні такої відпустки.

Після завершення війни уряд має спрямувати зусилля і кошти на розбудову мережі якісних і доступних дитячих садків. Сьогодні інфраструктура послуг по догляду за дітьми занепадає. За даними Держстату, кількість дитячих садків з 1990-го року скоротилася у півтора рази, а загальне охоплення дітей складає 53 %, тоді як в середньому по Європі цей показник сягає 82,5 %.

Чисельність населення України

За результатами Всеукраїнського перепису населення 2001 року, чисельність населення України становила 48,5 млн осіб. За оцінками Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН, на 1.01.2022 р. налічувалося 42 млн осіб, а на липень 2024 р. - 35,8 (на підконтрольних Україні територіях - **31,1** мільйона осіб). Скорочення чисельності населення в Україні триває з 1993 року, і це продовжується, а війна обумовила специфіку цього тренду в останні чотири роки.

30.09.2024 р. КМ України схвалив Стратегію демографічного розвитку на період до 2040 р. та затвердив план заходів щодо її реалізації у 2024-2027

роках. За оцінкою Інституту демографії та проблем якості життя НАН, до 2041 р. чисельність населення України може зменшитися до 28,9 млн осіб, а до 2051 року - до 25,2 млн осіб.

Станом на 2025 рік чисельність населення України, що проживає на підконтрольній уряду території, оцінюється приблизно у 29-31 мільйон осіб. За даними західних експертів, чисельність населення на підконтрольній Україні території становить 29 мільйонів осіб, і ця цифра є достовірною. Про це повідомив Олександр Гладун, заступник директора з наукової роботи Інституту демографії та проблем якості життя НАНУ.

Демограф зазначив, що наразі важко дізнатися реальні цифри, оскільки невідома кількість людей на непідконтрольних Україні територіях. Але в будь-якому разі в країні спостерігається тенденція до скорочення населення. До того ж традиційні демографічні методи, які використовувалися раніше, щоб дізнатися скільки населення зараз в Україні, не підходять.

Аналіз демографічної ситуації залежить від території, по якій збираються дані. На підконтрольній території демографічна ситуація у 2022, 2023, 2024 та 2025 роках відрізнялася, ці коливання були обумовлені як загальними трендами, так і специфікою обліку демографічних подій.

Якщо взяти в середньому за чотири роки війни, то щороку в Україні народжувалося приблизно 185 тисяч немовлят, а помирало 505 тисяч людей. Тобто природне скорочення в середньорічному вимірі було **320** тисяч на рік.

Якщо ми усереднимо всі дані по зареєстрованій міграції через західний кордон України, то щорічне скорочення буде близько **830** тисяч за рахунок міграції. Таким чином, за рахунок цих двох чинників ми маємо щорічне скорочення населення приблизно на **1 мільйон 150** тисяч.

Крім того, ми не знаємо, чи був повним облік тих, хто виїхав навіть через західний кордон, пам’ятаючи, які проблеми там були з перетином

у 2022 році, адже деякі громадяни не мали паспортів. Невідомо скільки людей виїхало нелегально. Також частина населення виїхала до Росії або через Росію до європейських країн. Тому і маємо таке суттєве скорочення населення.

До всього ми втрачаємо населення за рахунок втрати територій. Ці втрати ми, на жаль, не можемо достеменно оцінити, але частина наших людей залишається на окупованих територіях.

За словами Олександра Гладуна, після війни чисельність населення в Україні буде приблизно **30 млн**, а не 52 чи 42 млн. І вже під цю чисельність потрібно планувати економіку, розвиток соціальної інфраструктури, подальше життя, і впроваджувати заходи демографічної політики, які б покращували цю ситуацію. Вчений сказав, що плануючи майбутнє, потрібно відпустити минуле, яке вже не повернути. Важливо пам’ятати про нього, але рухатися вперед з огляду на нові реалії: демографічний центр країни змістився на захід, а населення значно скоротилося.

В ООН також підтверджують, що з початку воєнних дій населення України скоротилося майже на чверть, або на 10 млн осіб. Основні причини цього: збільшення відтоку українців за кордон, падіння народжуваності та збільшення смертності. За даними ООН, станом на 1 січня 2024 року населення України становило 37 млн 441 тис. людей, і прогнозують, що до 2026 р. населення України зростатиме й сягне 39,7 мільйона, після чого кількість людей в країні почне щороку зменшуватися і у 2100 р. досягне 15,3 млн осіб. Вчені-демографи з України більш оптимістично вважають, що якщо навіть чисельність населення почне стрімко скорочуватись, воно буде замінюватися людьми, які мігруватимуть з інших країн.

Чисельність молоді в Україні з 2022 по 2024 р. скоротилась на 2,3 млн осіб. Про це свідчать дані проекту урядової концепції державної програми «Молодь України: покоління стійкості - 2030».

Згідно офіційній статистиці, у січні 2022 р. чисельність молоді в Україні складала 9,9 млн осіб - 24,3 % від усього населення. У 2024 р., за підрахунками Інституту демографії НАН України, число молодих людей склало вже 7,6 мільйони.

У проекті концепції зазначається, що за минулий рік майже на третину зросло число молодих людей, які не збираються повертатися в країну із-за кордону - таку думку висловили 19 % молоді. Як сказано у документі, втрата молоддю зв'язку з Україною загрожує формуванням цілого покоління, яке не вважає себе частиною українського суспільства.

На думку голови Фонду народонаселення ООН у Східній Європі Флоренс Бауер, для точного підрахунку чисельності населення України доведеться почекати до завершення конфлікту, коли нарешті можна буде провести повний перепис населення.

Підсумки

1. З кінця 60-х років минулого століття усі країни світу переживають спад народжуваності. Аби запобігти депопуляції та заохотити сім'ї мати більше дітей, багаті країни впроваджують низку заходів і виділяють на них значне фінансування (до 4 % ВВП серед багатих країн).

2. Відносно ефективні політики, які дозволяють жінкам поєднувати материнство з кар'єрою, – це розбудова якісних і доступних послуг догляду за дітьми на повний і неповний день; залучення батька у процес догляду за немовлям через надання оплачуваних відпусток; з боку роботодавців – забезпечення інклюзії на робочому місці, можливість працювати віддалено або за гнучким графіком.

3. Демографічна ситуація в Україні гірша ніж будь-де в Європі. Початок війни змусив мільйони людей (переважно жінок із дітьми) виїхати до сусідніх країн, загинуло багато цивільних і військових.

4. Програмою-мінімум, яку уряд може реалізувати вже зараз, є підвищення доступу до якісних медичних послуг для вагітних і батьків немовлят; заходи для забезпечення гендерної рівності та збільшення залученості батька у виховання малолітніх дітей.

5. У перспективі Україна має переймати успішний досвід інших країн – виділяти кошти на розбудову якісних і доступних послуг для догляду за дітьми, зокрема, розвивати дитячі садки.

3.2. Боротьба з НІЗ, яким можна запобігти

Ризик передчасної смерті від неінфекційних захворювань у ЄР ВООЗ знижується, проте вони, як і раніше, залишаються провідною причиною передчасної смертності та інвалідизації – на них припадає 90 % випадків. Кожна шоста людина, не досягнувши 70 років, помирає через хвороби системи кровообігу, рак, діабет чи хронічні респіраторні захворювання.

Основною причиною передчасної смертності, особливо у країнах Східної Європи та Центральної Азії, є серцево-судинні захворювання (33,5%). З невеликим відривом за ними йдуть онкологічні (32,8 %), поширеність яких зростає, що зумовлено збільшенням чисельності та старінням населення. Згідно з оцінками, найбільша кількість нових випадків онкології припадає на країни Західної та Північної Європи, але смертність від раку у цих країнах знижується. І навпаки, у країнах Східної Європи поширеність онкологічних захворювань нижча, а смертність від них – вища.

Вживання тютюну, нездорове харчування, недостатня фізична активність та шкідливе вживання алкоголю – основні причини НІЗ в ЄР ВООЗ. Зокрема, відзначається найвищий у світі рівень споживання алкоголю (8,8 л чистого спирту на дорослу людину на рік), а поширеність вживання тютюну залишається на неприйнятно високому рівні (25,3 %). Продовжує

зростати поширеність ожиріння, від якого страждає 25 % дорослого населення (входить у список головних факторів ризику онкології).

Деякі проблеми стосуються безпосередньо здоров'я чоловіків та жінок. У ЄР ВООЗ жінки в цілому живуть довше, ніж чоловіки (79,3 та 73,3 роки відповідно), але на добрий стан здоров'я у жінок припадає менша частка прожитих років (84,1 % проти 88,1 %). Серед чоловіків спостерігається вищий рівень передчасної смертності, зумовлений більшою схильністю до факторів ризику розвитку НІЗ: особливо це стосується вживання тютюну та алкоголю. З іншого боку, жінки втрачають удвічі більше, ніж чоловіки, років здорового життя через деменцію; крім того, відсутній прогрес у зниженні показників материнської смертності і більше 25 % жінок протягом свого життя зазнають насильства.

Важливу роль у розвитку НІЗ відіграють екологічні детермінанти, включаючи забруднення повітря. Підтверджено зв’язок між забрудненням повітря та ішемічною хворобою серця, інсультом, деякими видами раку та респіраторними захворюваннями. Незважаючи на зниження середнього вмісту дрібнодисперсних твердих часточок, якість повітря покращується нерівномірно, а *показники смертності від причин, пов'язаних із забрудненням повітря всередині приміщень*, у різних країнах Регіону різняться у 22 рази (від 7,5 до 159,6 випадки на 100 000 населення).

Кліматична криза призводить до збільшення тягаря всього спектра захворювань, особливо хронічних. У ЄР відзначаються найшвидші темпи потепління серед шести регіонів, причому зростання температури тут вдвічі обганяє середньосвітові показники. Щороку приблизно 175 тисяч жителів Регіону помирають від впливу спеки. Важливо також визнати, що й сам сектор охорони здоров'я дуже впливає на навколишнє середовище. За даними 2020 р., сектор охорони здоров'я є джерелом близько 5 % усіх викидів парникових газів у світі.

3.2.1. Динаміка смертності від НІЗ в Україні

Протягом останніх років спостерігаються негативні зміни показника смертності населення в Україні, які почалися з 2010-х років, коли в умовах збройної агресії РФ проти України та поширення у 2020-2021 роках пандемії COVID-19 підвищилась інтенсивність вимирання людей. У 2021 р. загальна кількість померлих становила 714,3 тис. осіб (що було на 97,5 тис. осіб більше ніж за попередній рік). У містах число померлих зросло у порівнянні з 2020 р. на 79,7 тис., а в селах - на 17,7 тис. осіб (ДОДАТОК 1).

На жаль, через вплив війни в Україні проаналізувати дані по смертності за 2022-2024 роки не можливо, через їх недоступність, проте можна припустити, що військові дії суттєво вплинули на рівень смертності.

Протягом 2021 р. порівняно з 2017 р. показник смертності зріс на 28 %, в тому числі: знизилася смертність від новоутворень (1,7 %), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (27,8 %) та зовнішніх причини смерті (1,6 %), проте зросла смертність від хвороб системи кровообігу (15,5 %), хвороб органів травлення (19,4 %) та дихання (99,3 %). Величезний вплив на структуру патологій мав COVID-19. За 2,5 роки загальна кількість померлих від цієї хвороби становить 108,9 тис. осіб (ДОДАТОК 1).

В Україні фіксується висока передчасна смертність, особливо серед чоловіків. Серйозною проблемою є надсмертність населення від серцево-судинних захворювань. Поряд з одним з найвищих у Європі рівнем і несприятливою динамікою, особливе занепокоєння викликає структура цієї смертності, а саме надлишкова частка смертей від ішемічної хвороби серця, у порівнянні з країнами Західної Європи (ДОДАТОК 1).

Особливістю смертності від ІХС є те, що, практично не вражаючи дитячі та підліткові прошарки, показник різко підвищується після 20 років,

значно перевищуючи смертність від цереброваскулярних хвороб у працездатному і похилому віці.

Наступний за значущістю клас причин смерті - новоутворення. Вони посідають третє місце в структурі причин смерті. Нині новоутворення спричиняють 10,4 % від загальної кількості смертей. У структурі смертності міського населення новоутворення традиційно складають більшу частку, ніж у жителів сільських поселень, відсоток померлих від раку в загальній кількості чоловічих смертей вища, ніж у жінок. Інтенсивність смертності чоловіків від новоутворень, як свідчать загальні її рівні, на сьогодні в середньому в 1,4 рази вища, ніж жінок. У містах диференціація рівня смертності за статтю менша, ніж у сільській місцевості.

Ще однією серйозною проблемою залишається висока смертність населення від зовнішніх причин, на які у 2021 році припадало 4,0 % від загального числа померлих. Прогнозується зростання цього показника.

На жаль, через триваючу війну в Україні, неможливо зробити більш детальний аналіз демографічних показників відтворення населення, а також показників смертності із дезагрегацією по причинах за 2022-2024 роки (дані для аналізу недоступні).

3.3. Подолання проблем зростання порушень психічного здоров'я та душевного благополуччя

Проблеми з психічним здоров'ям серед населення у світі досягли масштабів пандемії. Про це повідомляють вчені, підсумувавши результати багаточисельних досліджень на цю тематику. За даними ВООЗ та Міжнародної організації праці, близько 12 млрд робочих днів протягом року втрачаються через депресію та підвищену тривожність серед працюючих людей. При цьому збитки, завдані світовій економіці в межах цих показників, можна оцінити в один трлн доларів. На погіршення психічного здоров'я серед

населення світу також вплинула пандемія COVID-19. Зазначається, що за період 2020-2021 р.р. кількість випадків депресії збільшилась на 25 %.

Психічні розлади - одна з найважливіших проблем охорони здоров'я в ЄР ВООЗ. З моменту створення *Спеціальної ініціативи ВООЗ з охорони психічного здоров'я* у 2019 р., вона допомогла забезпечити психіатричною допомогою за місцем проживання додатково 50 млн осіб, із яких 320000 жінок, чоловіків, дівчат і хлопців почали вперше отримувати допомогу, яку потребували, страждаючи на психічні, неврологічні і наркологічні розлади. Спеціальна ініціатива реалізується на території шести регіонів ВООЗ - в Україні, Аргентині, Бангладеш, Гані, Йорданії, Непалі, Парагваї, Філіппінах і Зімбабве.

ВООЗ зазначає, що тривала стресова реакція, тривога, приводять до пригнічення багатьох функцій в організмі. Страждає імунна система, виникають гормональні порушення, які впливають на роботу нервової системи - організм переходить у стрес-режим. Все це сприяє відкриттю вхідних воріт для інфекцій і підвищує ризик ускладнень. Людям з підвищеною тривожністю рекомендується пройти тест «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)». Якщо по цій шкалі набирається вісім і більше балів, то потрібно звернутися до лікаря-невролога, психолога, психіатра. Ігнорування проблем заганяє їх углибину. Психічне здоров'я та благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства.

В усіх країнах ЄР ВООЗ зберігається важкий тягар психічних захворювань. Особливе занепокоєння викликає психічне здоров'я молоді. Індекс загального (доброго) самопочуття (ВООЗ-5) використовується для оцінки психічного благополуччя дітей старшого віку і підлітків на основі недавніх подій у їх житті. За цим індексом дівчатка оцінюють рівень

благополуччя нижче, ніж хлопчики: відповідно 40-63 проти 55-73. За опитуванням, від кібербулінгу страждає 15 % підлітків регіону.

Пандемія COVID-19 сприяла зростанню поширеності депресивних розладів, але навіть в межах одного регіону показники відрізняються більше, ніж вдвічі. Число самогубств знижується, проте вони залишаються головною причиною смерті для вікової групи 15-29 років. Крім того, показник охоплення лікуванням пацієнтів із розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин, знаходиться на критично низькому рівні і становить від 1,2 до 13,8 % для порушень здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю, та від 2,1 до 35,4 % - із вживанням наркотиків.

Флагманська ініціатива «Коаліція з охорони психічного здоров'я» у рамках Європейської програми роботи на 2020-2025 роки «Спільні дії для покращення здоров'я» стимулювала активні дії щодо ліквідації прогалин у сфері охорони ПЗ. У більшості держав-членів було розроблено комплексні стратегії по його охороні; проте зберігаються складнощі, пов'язані з оцінкою цих стратегій, *з розширенням послуг для людей старшого віку* та з *вивченням нових загроз для психічного здоров'я підлітків і молоді.* Це дуже важливо, особливо зараз, коли кількість жителів ЄР старше 65 років уперше перевищила кількість молоді (до 15 років).

Однією із провідних причин нездатності вести самостійне та повноцінне життя людьми старшого віку є деменція. За останні кілька десятиліть різко зросла частка смертей, спричинених хворобою Альцгеймера та іншими видами деменції. У 2019 р. від деменції страждало понад 14 млн жителів ЄР, і очікується, що до 2030 р. її поширеність зросте вдвічі.

3.3.1. Стан психічного здоров’я населення України

ВООЗ підтримує тісну взаємодію зі своїм бюро в Україні, з метою оперативного реагування на викликану збройним конфліктом надзвичайну ситуацію у сфері 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.

В результаті воєнних дій населення України масово потрапило під вплив потенційно травматичних подій: величезна кількість українців залишилися без житла, отримала 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.

Окрім цього, прослідковується тісний взаємозв’язок між погіршенням психічного здоров’я та бідністю, безробіттям, що підсилюється впливом конфлікту. При цьому, особливо вразливими групами є: учасники бойових дій (УБД) та люди, що проживають у місцях, близьких до лінії зіткнення, внутрішньо-переміщені особи, а також люди похилого віку.

У 2023 р. до лікарів первинної ланки звернулися близько 175 тис. українців з питань свого психічного здоров’я (36 % від загальної кількості звернень).

За даними НСЗУ, з початку війни до Електронної системи охорони здоров’я занесено дані про 9233254 взаємодії з лікарями, щодо надання допомоги з охорони ПЗ (психологічних і психіатричних послуг). Із них 4359704 звернень відбулися у 2023 р. Серед усіх взаємодій із питань охорони ПЗ, саме психологічну допомогу на всіх рівнях у 2023 р. отримали понад 320 тис. пацієнтів, Загалом обсяг наданих послуг у цій сфері зріс удвічі, порівняно з 2022 роком.

За результатами другої хвилі соціологічного дослідження, проведеного Gradus Research у межах Всеукраїнської програми психічного здоров'я «Ти як?», за шість місяців 2024 р. 42 % українців відчували потребу в психологічній допомозі. Лише 6 % опитаних звертались до спеціаліста, 31% - не звертались, але думали над цим. Зокрема, 29 % тих, хто не звертався по психологічну допомогу, пояснюють це своєю впевненістю у тому, що вони зможуть впоратися самостійно, а 29 % - не вважають, що їхні проблеми є достатніми для такого звернення.

Нині 976 медичних закладів первинної ланки медичної допомоги та лікарі-ФОП підписали договір із НСЗУ на надання медичних послуг у межах пакета «Супровід і лікування дорослих та дітей із психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги». Це становить 40 % усіх медичних закладів, які її надають за Програмою медичних гарантій.

Завдяки цьому українці можуть отримувати безоплатні послуги з охорони ПЗ у 3363 точках по всій Україні – структурних підрозділах законтрактованих медичних закладів. Щоб надавати пацієнтам кваліфіковану допомогу зі збереження ПЗ, лікарі первинної ланки – сімейні лікарі, терапевти та педіатри – проходять спеціальне навчання за сертифікованою програмою mhGAP (програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я). Уже понад 16650 лікарів первинної ланки отримали сертифікати про проходження онлайн-курсу «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги з використанням керівництва mhGAP». Нині понад 8400 із них уже надають послуги з психічного здоров'я.

Наступний етап – налагодити систему спрямування пацієнтів від сімейних лікарів до профільних фахівців, створення центрів психічного здоров'я на базі кластерних лікарень і розбудова окремих центрів психологічної реабілітації. Важливими є також програми, спрямовані на

захист і зміцнення ПЗ самих медичних працівників, адже навантаження на них також зросло в рази.

Зараз триває процес розбудови системи надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Ідеться про понад 250 реабілітаційних відділень у кластерних та надкластерних лікарнях по всій країні та шести спеціалізованих закладів національного рівня. Маємо берегти своє психічне здоров'я, й у разі потреби звертатися до фахівців по допомогу.

Стрес і ХСК. Посттравматичний стресовий розлад

Психогенні розлади не мають тенденції до зникнення. Навпаки, з часом, у більшій частині випадків вони посилюються. 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 військовими, із непідготовленою 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.

За оцінками ВООЗ, в усьому світі від депресії страждає 3,8 % населення, тобто близько 280 млн осіб. Вчені припускають, що до 2030 року депресія буде першою за поширеністю причиною непрацездатності населення планети. Небезпека депресії в тому, що вона може приводити до самогубства: щорічно у світі більше 700000 осіб накладають на себе руки; суїцид посідає четверте місце серед основних причин смерті молодих людей у віці 15-29 років.

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.

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.

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. Психо-емоційні фактори впливають на інфаркт міокарду, ішемічну хворобу серця, серцеву недостатність.

Соматичні розлади часто доповнюються змінами на рівні психіки, сильними емоціями, що ускладнює роботу лікарів. Наприклад, висока тривожність викликає підсилення коронарної недостатності, що негативно впливає на терапію ішемічної хвороби серця, відновлення після перенесеного порушення кровообігу у мозку. При психічних атаках, органічних ураженнях мозку потрібна психологічна реабілітація.

Певні психологічні особливості людини та негативні психосоціальні фактори можуть мати патопластичний ефект. Наприклад, є багато досліджень стосовно підвищеного ризику ССЗ та подальших ускладнень у осіб дистресорного типу, але є й багато інших психологічних та соціальних факторів, що провокують, обтяжують перебіг, погіршують прогноз серцево-судинних хвороб.

Все вище вказане актуалізує застосування психосоматичного підходу до кардіологічної патології. 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.

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 в межах тематики проводив дослідження психосоматичних порушень у постраждалих учасників бойових дій**.** З метою забезпечення належної медичної допомоги УБД, було створено реєстр звернень, та велося спостереження за ними.

При необхідності пацієнти госпіталізувалися, чи спрямовувались 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, перебували на обліку у психологів за місцем проживання, у військових госпіталях, реабілітаційних центрах, в інститутах НАМН.

В процесі роботи досліджувалися маркери підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів із стресовими розладами. Відзначено, що у військово-службовців збройних сил України (ЗСУ), бійців Національної гвардії (НГ), їх родичів, превалюють посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади адаптації (РА).

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 у пацієнтів із стресовими розладами дозволило розробити програму індивідуальної профілактики та комплексного надання медичної допомоги хворим із ССЗ і супутніми розладами (травма, стрес тощо).

Забезпечення якості медичної допомоги під час воєнних дій

Війна, яка принесла багато горя і руйнувань, надала Україні «шокові» можливості для подальшого розвитку, удосконалення, осучаснення та трансформації усіх сфер життя, в першу чергу, в галузі охорони здоров'я та доступу до медичної допомоги. Робота над відновленням системи охорони здоров'я, виходячи із унікальних потреб та вимог населення, відбуватиметься в два етапи: поточне відновлення та післявоєнне. Розробка нових та опанування сучасних методів, технологій діагностики, лікування та реабілітації дозволяє підвищити якість надання медичних послуг, зокрема для поранених і тих, хто зазнав психологічних травм.

Військові медики та науковці розробили понад 50 винаходів та нових методів лікування (видання «АрміяInform»):

- хірургічні магнітні інструменти та методи апаратної візуалізації, які дозволяють вирішувати проблеми діагностики та видалення сторонніх тіл;

- конструкції надувної (пневматичної) шини для тимчасової фіксації нижніх та верхніх кінцівок та тазостегнового поясу тіла людини;

- способи лікування вогнепальних переломів довгих кісток;

- методика дистальної «хронічної» електростимуляції периферійних нервів під час больових синдромів, зумовлених вогнепальними ушкодженнями кінцівок («НейСі-3М»);

- спосіб іригаційно-ін'єкційної терапії гнійних ран м'яких тканин;

- спосіб закриття дефектів шкіри після вогнепальних поранень;

- спосіб діагностики атипової пневмонії;

- розроблена та впроваджена схема вибору оптимальних методик лікування поранених в стегно залежно від тяжкості травми за шкалою AdTS, яка дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування, знизити частоту післяопераційних ускладнень, зменшити потребу у повторних ампутаціях та підвищити повноту відновлення функції ушкоджених кінцівок;

- застосовується близько 40 типових локальних клінічних протоколів надання медичної допомоги в армії;

- є обов'язковими методичні вказівки з лікувального харчування в закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони;

- розроблені рекомендації щодо протиепідемічних заходів під час військових дій. Для подальшої підтримки та розвитку навчального курсу з польової епідеміології, Центр контролю та профілактики хвороб США (CDC) виділив Україні додаткові 17 млн доларів США. Гроші також спрямовані на фінансування відновлення системи громадського здоров'я.

Реабілітація – як врахування унікальних потреб населення:

Мета реабілітації:

- ☐ подолати страх перед фізичними навантаженнями, щоб почати зміцнювати організм після травм, операцій, довготривалого періоду нерухомості;
- ☐ не допусти «заглиблення» у хворобу, прив'язаність до неї, якщо було довге перебування у стаціонарі;
- ☐ подолати наслідки стресу, депресію, спричинену з хворобою або лікуванням;
- ☐ виробити мотивацію для боротьби з патологією;
- ☐ підсилити активність участі у програмі лікування;

- ☐ розвинути адаптацію до нових умов, обмежень;
- ☐ відновити соціальні зв’язки, знайти нових друзів, роботу;
- ☐ покращити у цілому якість життя.

Засоби реабілітації:

• протезування: впровадження сучасних технологій виготовлення, індивідуального застосування протезів (особливо біонічних);

• психологічна реабілітація:

У більшості пацієнтів через деякий час зникають болючі реакції; протягом 6 місяців або року вони пристосовуються до нових умов життя, якщо хвороба призвела до інвалідності та суттєвих обмежень.

Але частина хворих має тяжкі травми, складне лікування з вираженими побічними діями, онкологію. Неврологічні порушення викликають зміни психіки аж до неврозів. Чимало випадків, коли після виявлення аномалії, фізичного каліцтва людина «заглиблюється» у хворобу. Її нічого не цікавить, окрім свого стану здоров'я та терапії, вона припиняє спілкування, аж до повної ізоляції. Такі випадки спостерігаються при прогресуючих патологіях, несприятливих прогнозах та наслідках операцій, уроджених аномаліях. *Саме психологічна медична реабілітація має подолати всі ці проблеми.*

Держава все ще недостатньо уваги приділяє психологічній підтримці військових, в тому числі щодо фінансування; крім того, новим викликом для української медицини стала психологічна допомога мирному населенню, робота над якою тільки розпочинається. На даному етапі психологічна підтримка цивільного населення відбувається за власний кошт чи у рамках волонтерських заходів.

Одним з ефективних методів реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій із ПТСР є запропонована вченими **стимуляція блукаючого нерву (СБН) у поєднанні з традиційною терапією.**

У першому у своєму роді клінічному дослідженні вчені з Техаського центру біомедичних пристроїв при університеті Далласа та Дослідницького інституту Бейлора Скотта та Уайта показали, що у пацієнтів, із стійким до лікування посттравматичним стресовим розладом, *симптоми зникають протягом шести місяців після проходження традиційної терапії у поєднанні зі стимуляцією блукаючого нерву*. Результати дослідження фази 1 на дев'яти пацієнтах опубліковані у журналі Brain Stimulation.

Доктор Майкл Кілгард (Michael Kilgard), професор неврології у Школі поведінкових наук і наук про мозок, говорить, що результати дослідження підкреслюють потенціал такого підходу. «У подібних випробуваннях деяким його учасникам зазвичай стає краще, але вони зрідка позбавляються діагнозу ПТСР. Як правило, у більшості з них цей діагноз зберігається до кінця життя. У цьому дослідженні ми отримали 100 % звільнення від діагнозу. Це дуже багатообіцяюче».

Терапія тривалої експозиції - компонент традиційного лікування ПТСР - є формою когнітивно-поведінкової терапії, яка проводиться у безпечній та сприятливій обстановці та передбачає поступове повернення людей до думок, спогадів та ситуацій, яких вони уникали після пережитої травми.

У цьому дослідженні вчені поєднували таку терапію з одночасним проведенням коротких імпульсів стимуляції блукаючого нерву за допомогою невеликого пристрою, імплантованого в шию учасника. Після стандартного курсу терапії, що складається з 12 сеансів, проводилися чотири оцінки протягом шести місяців після її закінчення. Ефект зберігався протягом всього цього часу в усіх учасників.

За словами Кілгарда, це дослідження є найбільшим на сьогодні клінічним випробуванням з використанням пристрою, що імплантується, для лікування посттравматичного стресового розладу.

Дослідницька група тривалий час працювала над поєднанням СБН з фізичною реабілітацією, що дозволило прискорити нейропластичність – перебудову ділянок мозку. Їх 13-річні зусилля з лікування широкого спектра захворювань за допомогою СБН були схвалені Управлінням контролю за продуктами та ліками США (FDA) як «*метод лікування порушень рухів верхньої кінцівки у пацієнтів, які перенесли інсульт*».

За оцінками Національного центру посттравматичного стресового розладу, що входить до складу Міністерства у справах ветеранів, п’ять відсотків дорослих жителів США страждають на ПТСР в кожний конкретний рік, а у жінок ймовірність розвитку ПТСР в якийсь момент життя вдвічі вища. Багато пацієнтів з ПТСР не реагують на терапію або фармакологічне втручання, зазнають важких побічних ефектів або рецидивів, внаслідок чого у них не залишається надії на ремісію.

Кілгард підкреслив, що пацієнти з ПТСР зустрічаються не лише серед військових ветеранів, а й серед звичайних громадян, які зустрілися з подіями, що травмують, - *«коли ви чуєте «посттравматичний стресовий розлад», ви уявляєте собі зону бойових дій, але вона набагато ширша»*. ПТСР може бути викликаний будь-якою подією, яка вселяє страх смерті, тілесних ушкоджень або смерті близької людини.

Більше десяти років тому доктор Роберт Реннакер (Robert Rennaker), професор неврології та завідувач кафедри біоінженерії Texas Instruments Distinguished Chair in Bioengineering, почав розробляти інноваційний імплантований пристрій для СБН, менший і дешевший тих, що вже були на ринку. Остання бездротова версія пристрою має розмір з монету.

49 осіб у районі Далласа, яким уже встановили ці пристрої, мають сумарний 100-річний досвід їх імплантації. Не було зафіксовано жодних проблем; всі пристрої працюють і не заважають звичайному медичному обслуговуванню: з ними можна пройти МРТ, КТ чи УЗД. СБН «змінила гру», підвищивши ефективність і переносимість лікування. Золоті стандарти лікування ПТСР дають близько 85 % відповідей, 40 % - зняття діагнозу, 20% - припинення лікування. Тепер з'явилася можливість використання СБН у людей, яким не допомагає лише когнітивно-поведінкова терапія.

За прогнозами МОЗ України у найближчому майбутньому більше 15 млн українців потребуватимуть психологічної допомоги. Вже зараз вони потребують протезування та реабілітації, через втрату кінцівок. Але отримати відповідну допомогу в країні вони наразі не можуть, тому змушені їхати закордон. Більше того, в Україні не вистачає фахівців, які б могли обслуговувати людей з подібними травмами. Наразі є лише 2336 фахівців, тоді як потрібно вдвічі більше.

Національний реабілітаційний центр розробив проект «Незламні», який передбачає мульти-дисциплінарний підхід, який допоможе визначити потреби людини та обрати найкращий для неї план лікування і реабілітації. В рамках проекту надаються медичні послуги за такими напрямками: хірургія; опікова травма (здебільшого як наслідок мінно-вибухової травми); ортопедія; протезування; реабілітація; психологічна реабілітація.

3.2.2. Нова настанова ВООЗ щодо охорони психічного здоров'я

ВООЗ у березні 2025 р. випустила нову настанову, яка закликає терміново переглянути політику охорони ПЗ та допомогти усім країнам у її реформуванні та зміцненні. Через хронічне недофінансування психіатричної допомоги вона страждає на серйозні недоліки по охопленню та якості. У

деяких країнах до 90 % хворих на важкі психічні розлади взагалі не отримують допомоги, а багато існуючих систем надання психіатричної допомоги організовані на основі застарілих інституційних моделей, які не відповідають міжнародним стандартам дотримання прав людини [27].

У настанові викладається чіткий механізм перетворення психіатричних служб відповідно останнім досягненням науки і міжнародним правозахисним стандартам, що забезпечить доступну і якісну допомогу. «Якісна психіатрична допомога, незважаючи на її зростаючу затребуваність, як і раніше, недоступна для багатьох людей, - зазначив Генеральний директор ВООЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейєсус. - Завдяки новій настанові уряди усіх країн мають інструменти, що дозволяють зміцнювати та захищати психічне здоров'я та створювати системи, що працюють на користь кожного».

Запропоновано алгоритм удосконалення психіатричної допомоги:

• захист та дотримання прав людини; приведення у відповідність до міжнародних правозахисних стандартів методики надання психіатричної допомоги;

• розвиток комплексного підходу до надання допомоги, що включає заходи, спрямовані на оздоровлення життя, зміцнення фізичного здоров'я, психологічного, соціального та економічного благополуччя;

• вплив на соціально-економічні чинники, які визначають та формують психічне здоров'я, у тому числі зайнятість, забезпеченість житлом та освіту;

• реалізація стратегій профілактики та зміцнення психічного здоров'я та благополуччя всього населення;

• залучення осіб з порушенням ПЗ у процес планування та розробки політики, для врахування їх потреб у рамках стратегій та систем надання психіатричної допомоги.

У настанові визначаються п'ять ключових напрямів політики, які потребують термінового реформування: організація та управління, структура обслуговування, підготовка кадрів, орієнтація психіатричної допомоги на індивідуальні потреби пацієнта та вплив соціальних та структурних детермінантів психічного здоров'я [27].

Адресний підхід до зміцнення систем охорони психічного здоров'я:

Настанова ВООЗ покликана стати незамінним інструментам для урядів, директивних органів та зацікавлених сторін, які займаються зміцненням систем охорони ПЗ та підвищенням доступності психіатричної допомоги. Запропонований у настанові перелік можливих напрямів реформування політики, стратегій та заходів допоможе директивним органам визначити пріоритетні завдання та адаптувати політику до національних особливостей, враховуючи наявні ресурси та існуючі структури.

«У новій настанові ВООЗ викладено практичні стратегії побудови інклюзивних та стійких систем охорони ПЗ. Вона розроблена з урахуванням вимог гнучкості та дозволяє усім країнам – з низьким, середнім та високим рівнем доходу – адаптувати свій підхід надання психіатричної допомоги залежно від національних умов, потреб та пріоритетів», - наголосила керівник Відділу з питань політики, законодавства та прав людини Департаменту ВООЗ з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин д-р Мішель Фанк.

Настанова розроблена у процесі консультацій з міжнародними експертами, директивними органами та особами, які мають безпосередній життєвий досвід у відповідних питаннях. При складанні стратегічної настанови також використовувалися матеріали, рекомендації та методики, підготовлені в рамках *ініціативи ВООЗ «Якість і права»,* спрямованої на просування такого підходу до охорони ПЗ, який передбачає врахування потреб пацієнтів, орієнтований на одужання та дотримання прав людини.

ВООЗ сприятиме країнам у застосуванні настанови, шляхом надання технічної допомоги та реалізації організаційно-методичних ініціатив [27].

3.4. Активізація боротьби з інфекційними хворобами

Найважливішу роль у боротьбі з поширенням інфекційних хвороб відіграють послуги з водопостачання, санітарії та гігієни, а також імунізація. Загалом ЄР ВООЗ відрізняється високим рівнем впровадження безпечних послуг: показник забезпечення питною водою становить 92 %, санітарних послуг - 78 %, але при цьому зберігається диспропорція між містами та сільською місцевістю.

Реалізація програми по імунізації на період до 2030 р., яка є однією із флагманських ініціатив ЄРБ, демонструє як успіхи, так і проблеми, з якими стикаються держави-члени. Незважаючи на те, що майже 85 % держав-членів мають закони на підтримку імунізації протягом усього життя людини, лише дві третини держав розробили національну політику, яка дозволяє інтегрувати вакцинацію в систему ПМСД та забезпечити роботу загальнонаціональної технічної консультативної групи з імунізації.

Під час пандемії COVID-19 у деяких державах-членах погіршилася ситуація з охопленням вакцинацією. Недостатньо високі показники вакцинації призвели до повторних спалахів захворювань, яких можна було би запобігти: так, у 2023 р. різко зросла кількість випадків кору, а кількість випадків кашлюку досягла максимуму за останнє десятиліття. Охоплення населення вакцинацією трьома вакцинами (АКДС-3, ПКВ-2 і КПВ) на рівні лише 95 % досягли лише сім держав-членів ЄР у 2023 році.

3.5. Удосконалення систем охорони здоров'я для підвищення їх життєстійкості

Проблеми, які потребують негайного вирішення: надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я, демографічний зсув та зміна клімату

Системи охорони здоров'я недостатньо добре підготовлені до нових надзвичайних ситуаціям у сфері охорони здоров'я. У період після пандемії COVID-19 оцінки можливостей, які передбачалися Міжнародними медико-санітарними правилами (2005 р.), не покращилися: станом на 2023 р. їх медіанне значення досягало лише 73 %.

Зміна клімату все сильніше впливає на здоров'я людей. За оцінками, у 2022 р. у 35 державах-членах ЄР кількість випадків смерті, пов'язаних з аномально спекотною погодою, перевищила 61000. Порівняно з вихідним періодом 1986-2005 років, вразливі групи населення, наприклад немовлята і люди похилого віку, стали незахищеними перед екстремальною спекою.

Сьогодні, коли кількість жителів Регіону старше 65 років уперше за весь час перевищила кількість людей молодше 15 років, системи ОЗ ледве справляються із задоволенням потреб старіючого населення. У 2019 р. кількість людей, які страждають на деменцію (основна причина інвалідності), перевищило 14 мільйонів; очікується, що до 2030 р. поширеність деменції зросте вдвічі. Майже половина людей у віці 65 років і старше, зустрічаються з труднощами при задоволенні базових потреб та не отримують необхідної допомоги в особистому догляді або у виконанні роботи по дому.

Водночас практично в усіх державах-членах ЄР спостерігається криза кадрових ресурсів в ОЗ: дефіцит працівників та їх нерівномірний розподіл за різними секторами охорони здоров'я. Потреби послуг охорони здоров'я зростають швидше, ніж збільшується кількість працівників; ситуація загострюється очікуваним їх скорого виходу на пенсію, а також міграцією медиків до більш багатих країн. Цей дисбаланс у забезпеченні кадровими

ресурсами ОЗ може погіршити існуючі нерівності щодо фізичної та фінансової доступності послуг охорони здоров'я, особливо для найбільш уразливих груп населення.

У різних державах-членах частка домогосподарств, які мають катастрофічні витрати на ОЗ, варіюється від 1 % до 21 %, причому у 25 державах-членах цей показник перевищує 5 %. *Частка населення, яка має незадоволені потреби у послугах ОЗ* через високу вартість, відстань до місця їх надання або часу очікування, досягає 13 %, а щодо стоматологічних послуг - 16 %, причому найбільше це зачіпає малозабезпечені домогосподарства.

Впровадження інноваційних та стійких рішень

У концепції флагманської ініціативи у рамках Європейської програми роботи «Розширення прав та можливостей громадян за допомогою цифрової охорони здоров'я» наголошується, що цифрові рішення можуть сприяти досягненню загального охоплення послугами ОЗ за рахунок розширення моделей надання послуг. Стратегії в галузі цифрової ОЗ є у більшості держав-членів у регіоні, однак лише половина держав реалізує політику освіти щодо неї. Підвищення рівня грамотності у питаннях цифрової ОЗ є ключовою умовою забезпечення справедливого доступу до послуг та загального охоплення ними. Крім того, дуже важливу роль у цифровій трансформації систем ОЗ відіграє забезпечення функціональної сумісності інфраструктури та стратегічного керівництва при роботі з даними.

Ці зусилля доповнює ще одна флагманська ініціатива у рамках Європейської програми роботи, під назвою «Аналіз поведінкових та культурних факторів», яка наголошує на важливості використання глибших знань про культурні та поведінкові контексти, при розробці більш ефективних, справедливих та орієнтованих на потреби людей заходів політики та втручань у сфері охорони здоров'я.

3.6. Забезпечення більш надійної доказової бази для вироблення політики в галузі охорони здоров'я

Сьогодні аналіз поведінкових та культурних факторів дедалі ширше застосовується в різних країнах ЄР, проте необхідно забезпечити правильне використання даних, щоб покращити показники здоров'я. Ключовою умовою успіху тут є наявність доказової бази, але існують значні прогалини в наданні даних за такими важливими темами, як розвиток дітей, насильство щодо них, міжсекторальні дії на підтримку здоров'я, психічне здоров'я, несмертельні травми, вплив зміни клімату на здоров'я, забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та запровадження заходів у відповідь, довгостроковий догляд та первинна медико-санітарна допомога. Крім того, обмежений доступ до дезагрегованих даних, які є вкрай важливими для аналізу нерівностей щодо здоров'я.

Зберегти першочергову увагу до питань здоров'я: на шляху до здійснення другої Європейської програми роботи

Висновок настанови такий: необхідно зберегти першочергову увагу до питань здоров'я. Багато держав-членів ЄР ВООЗ поки не домоглися здійснення регіональних та глобальних цілей у зниження поширеності інфекційних хвороб та НІЗ. Для того, щоб забезпечити готовність систем ОЗ до нових викликів, зважаючи на уроки пандемії COVID-19, необхідно зміцнювати кадрові ресурси, прийняти на озброєння цифрові інструменти, реорганізувати моделі надання послуг, віддати ключову роль ПМСД; це допоможе підвищити їх ефективність та доступність.

У новій Європейській програмі роботи, реалізація якої розпочнеться у 2026 р., будуть описані методи, за допомогою яких ВООЗ та держави-члени вирішуватимуть проблеми, зазначені у настанові. Основна увага в програмі приділятиметься чотирьом напрямкам для інновацій: національної санітарно-епідеміологічної безпеки, незавершеним завданням у сфері боротьби з НІЗ та порушеннями психічного здоров'я, кризи, пов'язаної зі зміною клімату, та

здоровому старінню. Крім того, до неї будуть включені дві спеціальні ініціативи по боротьбі з насильством щодо дівчат і жінок та зміцнення системи первинної медико-санітарної допомоги.

4. ЄВРОПЕЙСЬКА БАЗА ДАНИХ «ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ»

Дата оновлення бази даних: середа, 21 жовтня 2025 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 воєдино 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 онлайнових 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 1 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 статистичні дані по Україні, які офіційно доступні для розгляду, а також дані ВООЗ (*БД «Здоров'я для всіх», оновлення 21 жовтня 2025 р., Деталізована база даних смертності, ЄРВ ВООЗ, останнє оновлення якої було у 2018 р.)* (ДОДАТОК 1).

Підсумкові дані роботи інститутів НАМН України по наданню медичної допомоги третинного рівня хворим за 2023 і 2024 роки наведено у ДОДАТКУ 2.

5. БОЙОВІ ДІЇ ТА ЇХ НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

В умовах збройного конфлікту, негативний вплив якого щоденно зростає не тільки для військових та постраждалого цивільного населення, але і для усіх громадян України, важливим та актуальним є вивчати віддалені наслідки на здоров'я постраждалих внаслідок бойових дій. Це потребує невідкладних заходів на державному рівні та щоденних професійних дій медичних працівників у наданні допомоги на покращання соматичного і психічного благополуччя.

Збройний конфлікт на території України вже призвів до відчутних негативних медико- та соціально-психологічних наслідків і продовжуватиме чинити вплив у близькому та віддаленому майбутньому. Тому проблеми коморбідності психічної та соматичної патології сьогодні набувають все більшого значення.

Незважаючи на значний прогрес в галузі діагностики, лікування та профілактики кардіо-васкулярної патології, питання поєднання останньої з психічними розладами пограничного типу є проблемними методологічно і з погляду практичної медицини. Виходячи з цього, вивчення наслідків впливу стресу на розвиток, перебіг та виникнення ускладнень серцево-судинної та судинно мозкової патології під час та після припинення бойових дій, допоможе розробити програму індивідуальної профілактики та комплексного надання медичної допомоги постраждалим, внаслідок цих подій, шляхом оптимізації такої допомоги.

В умовах воєнних дій, соціально-економічної нестабільності, значної поширеності стресових ситуацій, важливою характеристикою здоров'я людей та його соціального благополуччя є стан психічного здоров'я.

Згідно з новими даними ВООЗ, кількість людей, які страждають психічними розладами, перевищила **один мільярд**; при цьому **кожна восьма людина** страждає від тривоги чи депресії, що у свою чергу призводить до людських та економічних втрат.

Тривожні та депресивні розлади є найбільш поширеними типами психічних порушень як серед чоловіків, так і серед жінок. У доповіді ВООЗ зазначено, що розповсюдженість ПР варіюється в залежності від статі, при цьому жінки в цілому страждають від них непропорційно частіше.

Незважаючи на деякі обнадійливі зміни, останні дані показують, що країни все ще далекі від досягнення цілей, встановлених у Комплексному плані дій ВООЗ з охорони психічного здоров'я. ВООЗ закликає невідкладно активізувати зусилля по системній трансформації охорони ПЗ.

Психічні розлади є провідним фактором ризику серцево-судинних захворювань, які посідають перше місце у структурі захворюваності та смертності населення. Сучасна стратегія профілактики та лікування серцево-судинних захворювань передбачає врахування патофізіологічних механізмів впливу на них різноманітних чинників ризику, раннє виявлення та корекція яких дозволить покращити кардіоваскулярний прогноз.

Профілактика ССЗ є однією з найбільш пріоритетних задач, оскільки 2/3 факторів ризику обумовлені способом життя, серед яких до психосоціальних відносять різноманітні стресогенні події у житті, хронічний стрес на роботі, відсутність соціальної підтримки, низький соціально-економічний статус, напруженість сімейних стосунків тощо. З іншого боку, епідеміологічні дані свідчать про зростання поширеності ССЗ, не дивлячись на зусилля. Невідповідність між реалізованими зусиллями та отриманими результатами змушує думати про багатовимірний простір факторів ризику, середовищем для прояву яких є психосоціальна сфера людини.

Серцево-судинна патологія часто поєднується з психічними розладами тривожно-депресивного спектру. Дослідження психічної сфери мають значення для розуміння соматичної симптоматики та поведінкових факторів, що можуть впливати на прихильність до лікування, здорового способу життя, реабілітаційних програм і профілактики стрес-асоційованих розладів.

Проблема актуальна для оцінки стану здоров’я населення в цілому, а особливо учасників бойових дій, у зв’язку з погіршенням психічного здоров’я через війну і кризовий стан в країні.

Важливим є оптимізувати кардіологічну допомогу, що передбачатиме ранню діагностику біопсихосоціальних чинників впливу та порушень психічного здоров’я, як фактору ризику розвитку та перебігу ССЗ, на всіх рівнях надання медичної допомоги, особливо первинної.

Психоневрологічні розлади є другими за значимістю у Європі після серцево-судинних. На їх частку припадає майже 12 % глобального тягаря хвороб. До 2030 р. очікується 20 % років життя, втрачених унаслідок інвалідності з цієї причини (по розрахунках за допомогою індексу DALY).

Проблеми з психічним здоров'ям серед населення у світі досягли масштабів пандемії. Про це повідомляють вчені, підсумувавши результати багаточисельних досліджень на цю тематику. За даними ВООЗ, на різні психічні відхилення страждають понад 450 мільйонів людей у світі, а кожен сьомий житель Європейського регіону має шизофренію чи параною, потерпає від депресії, фобій та інших нав’язливих станів. Зростанню захворювань сприяють інформаційні перевантаження, політичні й економічні катаклізми, локальні збройні конфлікти, а провісниками цих недуг є стреси, які стали складником життя людини.

Психічне здоров’я в сучасних умовах є однією з найбільших проблем країн Європейського регіону, так як зачіпають практичного кожну четверту людину. Поширеність психічних розладів у ЄР досягає 40 %, тобто різні

порушення ПЗ мають 164,8 млн. осіб (1/3 населення). До найпоширеніших належать тривожні (14 %), інсомнії (7 %), депресії (6,9 %), соматоформні (6,3 %), алкогольна та хімічна залежності (4 %), синдром дефіциту уваги та гіперактивності (5 % у дітей), деменція (від 1 % до 30 % залежно від віку). Чисельність осіб з шизофренією близько чотирьох мільйонів, а на біполярні афективні і панічні розлади страждає 8 мільйонів осіб.

За даними ВООЗ та Міжнародної організації праці, близько 12 млрд робочих днів протягом року втрачаються через депресію та підвищену тривожність серед працюючих людей. При цьому збитки, завдані світовій економіці в межах цих показників, можна оцінити в один трлн доларів.

ВООЗ оголосила депресію епідемією 21-го століття, по причині якої 150 млн. осіб щорічно стають непрацездатними, у 60 % випадків вона є причиною суїциду. Депресія посіла перше місце у світі серед причин непрацездатності, а до 2030 р. неврози паралізують економічне життя світових економік. Уже тепер 35-45 % випадків невиходу на роботу пов’язані з проблемами ПЗ.

ВООЗ зазначає, що тривала стресова реакція, тривога, приводять до пригнічення багатьох функцій в організмі. Страждає імунна система, виникають гормональні порушення, які впливають на роботу нервової системи - організм переходить у стрес-режим. Все це сприяє відкриттю вхідних воріт для інфекцій і підвищує ризик ускладнень. Ігнорування проблем заганяє їх углибину. Психічне здоров’я та благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активними і творчими членами суспільства.

Максимальний тягар психічних розладів лежить на особах молодого віку, найбільш продуктивній групі населення. У найближчі десятиліття

країни, що розвиваються, зустрінуться з непропорційно різким збільшенням психічних розладів.

Одним з найбільш трагічних наслідків психічних розладів є самовбивства. Дев’ять з десяти країн світу з найвищими показниками самовбивств знаходяться у ЄР: щорічно добровільно йдуть із життя близько 150 тисяч осіб, з яких 80 % - чоловіки. Самовбивства є провідною і прихованою причиною смерті серед молоді, посідаючи друге місце після дорожньо-транспортних пригод у віковій групі 15 - 35 років.

Індекс «доброго» самопочуття (показник ВООЗ-5) використовується для оцінки психічного благополуччя дітей старшого віку і підлітків на основі недавніх подій у їх житті. За цим індексом дівчатка оцінюють рівень благополуччя нижче, ніж хлопчики: відповідно 40-63 проти 55-73. За опитуванням, від кібербулінгу страждає 15 % підлітків регіону.

Для вікової групи 15-29 років самогубства залишаються головною причиною смерті. Крім того, показник охоплення лікуванням пацієнтів із розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин, знаходиться на критично низькому рівні і становить від 1,2 до 13,8 % для порушень здоров'я, пов'язаних із вживанням алкоголю, та від 2,1 до 35,4 % - із вживанням наркотиків.

У більшості країн ЄР були розроблені комплексні стратегії по охороні ПЗ, проте зберігаються складнощі, пов'язані з оцінкою цих стратегій, *з розширенням послуг для людей старшого віку* та з *вивченням нових загроз для психічного здоров’я підлітків і молоді.* Це дуже важливо, особливо зараз, коли кількість жителів ЄР старше 65 років уперше перевищила кількість молоді (до 15 років).

Для людей старшого віку деменція є однією із провідних причин нездатності вести самостійне та повноцінне життя. За останні кілька десятиліть різко зросла частка смертей, спричинених хворобою Альцгеймера

та іншими видами деменції. У 2019 р. від деменції страждало понад 14 млн жителів ЄР, і очікується, що до 2030 р. її поширеність зросте вдвічі. Тільки на депресію припадає 6,2 % від усіх порушень ПЗ, на суїцид - 2,2 %, а на хворобу Альцгеймера та інші види деменції – 1,9 %. З постарінням населення число таких людей буде збільшуватися.

В результаті воєнних дій населення України масово потрапило під вплив потенційно травматичних подій: величезна кількість українців залишилися без житла, отримали фізичні та психічні травми, позбулися засобів до існування і, нерідко, доступу до медичної допомоги. Окрім цього, прослідковується тісний взаємозв'язок між погіршенням ПЗ та бідністю, безробіттям, що підсилюються впливом конфлікту. При цьому, особливо вразливими групами є учасники бойових дій, люди, що проживають близько до лінії зіткнення, внутрішньо-переміщені особи, люди похилого віку.

Загальні витрати, пов'язані з психічними розладами, достатньо відчутні для економіки будь якої країни. Наприклад, у США, щорічні прямі витрати на лікування складають приблизно 148 млрд. дол. США, або 2,5 % валового національного продукту. Непрямі перевищують прямі в 2-6 разів в країнах з розвиненою ринковою економікою і складають ще більшу частку загальних витрат на лікування в бідних країнах, де прямі витрати на лікування невисокі.

У більшості країн світу значна частка цих економічних витрат лягає на плечі сімей, унаслідок відсутності повноцінної системи служб з державним фінансуванням по наданню допомоги особам з психічними розладами. Крім того, сім'ям доводиться нести і соціальні витрати, серед яких емоційне навантаження, пов'язане з постійною необхідністю допомагати членам сім'ї, що мають обмежені можливості, зниження якості життя для осіб, що здійснюють догляд, а також соціальна ізоляція, стигматизація і втрата можливостей для самовдосконалення в майбутньому.

Тягар психічних розладів по різному зачіпає різні групи суспільства. Найуразливішими, з погляду схильності до них, є такі, що знаходяться в несприятливій життєвій ситуації і найменш забезпечені.

Повсюдно спостерігаються проблеми з недостатнім фінансуванням служб охорони ПЗ, але найбільше потерпають країни, що розвиваються. Приблизно у 28 % країн немає окремого рядку бюджету на вирішення проблем ПЗ. Серед 37 % країн, що його мають, на психічне здоров'я виділяється близько одного відсотку загального бюджету охорони здоров'я. У 62 % країн, що розвиваються, ці витрати складають менше одного відсотку; серед 16 % розвинутих країн - аналогічна ситуація. Спостерігається значний розрив між тягарем психічних розладів і ресурсами, що виділяються на охорону ПЗ.

Існує безліч соціальних факторів, які сприяють розвитку психічних проблем – від душевних страждань особистого характеру, до питань, що зачіпають усе суспільство (збройні конфлікти, голод). Під особливий ризик підпадають військові, які брали участь у війні, маргінальні групи населення (біженці, мігранти, безробітні, ув’язнені або які виходять на свободу), особи з нетрадиційною сексуальною орієнтацією, а також з інвалідністю або ті, що вже страждають від психічних проблем.

Особливої уваги заслуговує негативний вплив стресових факторів, пов’язаних із воєнними діями, що веде до зростання числа випадків тривожно-депресивних станів та розладів адаптації.

Війна різнопланово впливає на психіку та поведінку особистості військовослужбовця. Для окремих її учасників є своєрідним «моментом істини», «головною подією життя», осягненням сенсу свого буття. 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. Людина 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 однакової культури, релігії, мови.

Національна система охорони психічного здоров’я, з урахуванням міжнародних вимог, базується на ключових постулатах: 1) визнання психічного благополуччя, як одного з пріоритетів національної політики; 2) боротьба зі стигмою; 3) усунення дискримінації під час доступу до медичних, соціальних та освітніх послуг; 4) розвиток служб, що відповідають різним етапам життя (дітям, літнім людям, вагітним); 5) профілактика порушень психічного здоров’я та суїцидів; 6) забезпечення доступної та якісної первинної медичної допомоги; 7) ефективне лікування за місцем постійного проживання; 8) організація міжгалузевої співпраці спеціалізованих медичних служб, первинної медичної допомоги, соціальних та освітніх; 9) підвищення компетентності кадрів; 10) розвиток інформаційних систем управління якістю й визначенням потреб; 11) адекватне та справедливе фінансування; 12) підтримка інноваційних проектів у галузі.

5.1. Психосоціальні особливості учасників бойових дій

Віддалені наслідки впливу війни на здоров'я воїнів величезний і включає: *психічні розлади* (ПТСР, депресія, тривога, «заморожування» емоцій), які проявляються труднощами з адаптацією у мирному житті, зниженні чутливості, проблемами із соціалізацією та сексуальною функцією; *фізичні проблеми* (хронічний стрес, проблеми з серцем, травленням, імунітетом) через постійну напругу та травми, які часто зберігаються протягом десятиліть після закінчення конфлікту; а також *соціальні наслідки*, включаючи агресію, руйнування сімей, розповсюдження інфекційних

захворювань серед цивільного населення через наслідки конфлікту, що створює довготривале навантаження на суспільство.

Дослідження в усьому світі підтверджують, що війна має глибокий і тривалий вплив на здоров'я військовослужбовців, що потребує комплексної системної підтримки, включаючи медичну, психологічну та соціальну допомогу як для самих ветеранів, так і для їх сімей.

Бойові дії, які тривають у країні, виправдовуються моральними та етичними цінностями суспільства, тому, що мають характер народно-захисних, визвольних. Частка психогенних травм серед її учасників набагато вище, ніж при звичайних війнах, причому, незворотні розлади складають досить велику цифру – до 40 %. Більшість військовослужбовців, що повертаються додому, продовжують поводитися як у зоні бойових дій – агресивно і жорстоко, і не можуть контролювати себе в звичних домашніх обставинах, що створює величезний вузол проблем у відносинах з близькими і виникнення серйозної небезпеки для соціального середовища [58, 64].

За статистикою світовий показник психогенних порушень внаслідок локального військового конфлікту становить 10-25 %; у перші дні бойових дій психічну травму отримують 60-65 % військовослужбовців, з них 20-25 % не можуть виконувати свої обов’язки і потребують спеціалізованої допомоги. Показник психогенних втрат в сучасних умовах досягає практично 80 %, серед яких 30-40 % – це порушення, коли психологічні проблеми переходять в психіатричні, на формування яких впливає комплекс факторів: біологічний страх смерті, поранення та інвалідність, психоемоційний стрес, загибель товаришів по зброї, необхідність вбивства людини, хоча і противника; специфічні фактори бою, зловживання алкоголем чи наркотиками, страждання, що обумовлені різноманітними умовами знаходження [1, 4, 34].

Досвід наочно свідчить про зростаючу актуальність проблеми психологічних втрат у процесі бойових операцій: 62 % опитаних учасників бойових дій в Чеченській Республіці відчували граничні психічні

навантаження, 92 % – перед початком бойових дій відчували напруженість різної важкості, 80 % солдатів, сержантів і 60 % офіцерів перенесли стресові ситуації, які утруднювали ефективність їхніх дій. Понад 13 тисяч військовослужбовців, які брали участь у бойових діях потребують психологічної реабілітації, 25 % з них потребує тривалої [60, 62, 78].

Низка досліджень констатує, що посттравматичні стресові розлади складають від 10 до 50 % серед усіх медичних наслідків бойових подій. У осіб, після перенесеного поранення, ПТСР виникає у 45 %. Хронічно хворими стали 82 % учасників бойових дій в Афганістані, інвалідами 76 %, у «чеченських» ветеранів від 45 % до 60 %.

За іншими даними, приблизно у 45 % американських ветеранів В'єтнаму відзначається розвиток несприятливих особистісних змін після військової психотравмуючої ситуації. До початку 1990-х років близько 100 тисяч покінчили життя самогубством, 400 тисяч вели замкнутий, майже аутичний, спосіб життя. Серед поранених та інвалідів війни відсоток осіб з ПТСР перевищує 72 %, тоді як серед фізично здорових ветеранів – 30-50 % [61, 65, 79].

Серед цих осіб ризик залишитися безробітними зростав у п'ять разів, близько 70 % з них хоча б один раз розлучилися з подружжям, у 35 % відзначені батьківські проблеми, у 47 % – крайні форми ізоляції від людей, у 40 % – виражена ворожість до оточуючих, 37 % здійснюють понад шість актів насильства на рік, 50 % були заарештовані і ув'язнені, у тому числі 34 % – неодноразово.

Масштабність явища для суспільства потребує вивчення психологічних проблем учасників бойових дій, створення спеціальних реабілітаційних центрів медичної, психологічної та соціальної допомоги особливо тим, хто отримав бойові поранення і каліцтва, ставши інвалідами [55, 77, 80].

Враховуючи той факт, що проблеми учасників бойових дій зачіпають не тільки їх особисті інтереси, а й певною мірою стосуються їх родин і суспільства, залежать від рівня життя та інших соціально-психологічних факторів, можна констатувати, що вирішення їх лежить у загальнонаціональній, а не вузьковідомчій площині та визначає соціальну політику держави.

У кожній країні учасники військових конфліктів потребують турботи держави, основою якої є не тільки їх матеріальна підтримка (пенсії, допомоги, пільги тощо), але й надання їм діючої фізичної, психологічної, організаційної та іншої допомоги. Тому велике значення має вивчення психологічних аспектів УБД, особливо в сучасних умовах, коли тривають воєнні дії [93].

5.1.1. Історія формування концепції синдромів військових конфліктів

Спостереження за ветеранами воєн другої половини XX століття показали, що головною проблемою *бойової психічної травми* стають її наслідки, що зберігаються багато років після війни. Зазначається умовність поділу психогенних та органічних симптомів у ветеранів воєн.

У динаміці нажитої психічної інвалідності виділяються групи симптомів, які з розвитком хвороби змінюють одна одну: збудливість і дратівливість, напади депресії та істеричні розлади і, нарешті, через 2-4 роки – «…стійке, невиліковне ослаблення інтелектуальної діяльності». Тривалі та інтенсивні моральні потрясіння не проходять без наслідків для організму, а залишають по собі незворотні зміни. Війна не закінчується для значної частини її учасників. Синдром бойового виснаження у деяких учасників боїв стає хронічним, а може, і необоротним. Наприклад, тільки 45 % ветеранів, які

перенесли «бойове виснаження» у Кореї, через 5 років зберегли свою працездатність.

Проведений Е. Джонсом із співавт. (Jones E. et al., 2002) кластерний аналіз симптомів психічних розладів дозволив виділити три післявоєнні (post-combat) синдроми: синдром виснаження, слабкості (debility syndrome), що часто спостерігався в XIX столітті і на початку XX століття; соматичний синдром (somatic syndrome), що переважно реєструвався в першу світову війну; нейро-психіатричний синдром (neuropsychiatric syndrome), асоційований з другою світовою війною та війною в Перській затоці [107].

Характерне поєднання симптомів, спільність етіології (психологічний стрес внаслідок травмуючої події) та відмінність клінічної картини від раніше відомих нозологічних форм, дозволили виділити групу цих порушень як самостійний синдром, названий Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) - посттравматичний стресовий розлад. Він може бути і транзиторним, і хронічним.

З часів Корейської, В'єтнамської та Афганської воєн, 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», 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 військових конфліктів кваліфікуються як локальні) у їх учасників формуються розлади психіки, які мають 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, коли хід військових дій розходиться з прийняттям його

учасників про моральну допустимість вжитих операцій або коли суспільство виявляється байдужим до їх результатів і долі їхніх учасників [86].

Дослідження психічного стану ветеранів локальних воєн показало, що під впливом комплексу патогенних факторів бойової обстановки та у зв'язку із необхідністю адаптуватися до умов війни, відбуваються радикальні зміни особистості, корінний перелом у взаєминах з навколишнім світом, зміна його смислового ядра. У описі цього процесу використовуються такі терміни, як «патохарактерологічні розлади», «трансформація особистості», «дезінтеграція особистості», «комбатантна акцентуація». Особистісні зміни можуть з'являтися як після клінічно виражених гострих стресових та постстресових розладів (варіант постреактивного розвитку особистості), так і без попередніх симптомів ПТСР [107].

Іноді ці зміни трактуються як *«синдром того, хто вижив»,* або *атипова депресія*. Трансформація особи може виникнути після першого вбивства ворога чи загибелі друга. Первинна реакція на таку травму може бути зовні непомітною або супроводжуватись гострою психічною дезорганізацією. Після повернення з війни залишається звичка оцінювати навколишнє з точки зору потенційної небезпеки, і найменша провокація може раптово спричинити агресію.

Часті дисфорії призводять до алкоголізації та зниження працездатності. Для військових психіатрів є важливим, що патологічний розвиток особистості може проходити етап клінічно окресленої патохарактерологічної реакції, яка отримала розвиток ще в період бойових дій.

Виділяють дві групи можливих реакцій і станів людей під час життєво небезпечних ситуацій:

а) з непсихотичною симптоматикою – фізіологічні реакції, стани психогенно-патологічні та психогенно-невротичні;

б) з психотичними розладами (гострі і затяжні реактивні психози), що відповідають можливим рівням патології психіки.

До фізіологічних невротичних явищ відносяться реакції на бойовий стрес (адаптаційні), які проявляються в підвищеній емоційній напруженості й психомоторних змінах, викликаних страхом (безліч недоцільних рухів; безладне, безцільне метання; ступорозне знерухомлення; уривчаста мова без зв'язку). До них додаються такі вегетативні реакції, як прискорене сечовипускання, дисфункція шлунку та кишечника; нудота, запаморочення, озноб, тремор; зміна пігментації шкірних покривів; відчуття браку повітря, задухи; сильної фізичної слабкості, жару або холоду та інше.

Психогенно-патологічні реакції проявляються в симптомах астенічного, депресивного, істеричного та інших синдромів. Основним показником їх є непсихотичний рівень травматизації, достатнє збереження критичної оцінки того, що відбувається і здатності до цілеспрямованої діяльності.

Розлади психотичного рівня вкрай рідкісні, характеризуються вираженими порушеннями психічної діяльності, що позбавляють їх можливості вірно (не перекручено) відображати те, що відбувається, має місце втрата працездатності [66, 88, 89].

В будь-якій армії солдат починає воювати не відразу, а коли виживає в перших боях, бачить смерть або поранення бойового товариша і розуміє, що війна – це не іграшка, і що тут діє один закон – вбивства. Боротьба за виживання оживляє глибоко потаємні в людині інстинкти, злегка змінює свідомість, мобілізує психічні та фізіологічні резерви організму.

Перший інстинкт стверджує, що війна – це «епідемія соціальної та психологічної аморальності». Виникає ситуація санкціонованого вбивства («психологічна аморальність»), обумовлена внутрішньою мотивацією вбивати, щоб не бути убитим, бути сильніше за інших. Людина отримавши

професійні навички і закріпивши їх під час військових дій – зберігає їх до кінця життя. «Соціальна аморальність» – це мародерство, грабіж, криваві розбори, особливо коли війська вступають на територію іншої релігійної, іншомовної держави, почуття вседозволеності [34, 77, 92].

Наступний інстинкт породжується гострим відчуттям втраченої юності, формуванням психологічного феномену «жити за себе, і за того хлопця», який виникає на тлі психологічної військової травми. Посттравматичний синдром проявляється майже у всіх, свідчить про елементи психопатизації особистості, розкріпачення низьких пристрастей, потреб. При цьому у відносинах з оточуючими діє закон розподілу на «своїх» та «чужих».

Військовий досвід свідчить, що виховання професійного військового потребує дуже багато витрат для держави, але повернення його, як особистості до мирного життя ще складніше й важливіше.

5.1.2. «В'єтнамський» синдром

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 виявилося дешевше займатися здоров'ям колишніх бійців, ніж підраховувати збитки від їхніх злочинів. Тому міністерство у справах ветеранів США постійно займається цією проблемою, працює близько двохсот шпиталів, де надається психотерапевтична допомога.

Психологи прийшли до висновку, що психотравмуючі фактори, з точки зору їх впливу на психіку солдат, можна розділити на три групи: *перша (найбільший ступінь впливу)* включає: загрозу життю або поранення; вбивство противника і місцевого населення; загибель товаришів по службі;

друга (середній) характеризується: непередбачуваністю обставин; важкими кліматичними умовами; ізоляцією від рідних і близьких, від суспільства; можливістю потрапити у полон; до *третьої* відносяться: постійна зміна товаришів по службі; зростання страху бути вбитими чи пораненими з наближенням терміну заміни; усвідомлення безглуздості дій (війни).

Найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є постійна загроза самому життю військовослужбовця, в умовах якої змушений діяти і постійно реагує на неї через повторюване почуття страху. Все це може зломити психічний опір організму, привести до емоційного зриву [41].

Дослідження військових психологів вважають, що 80-90 % бійців постійно відчувають страх у бою, що цілком природно для людини.

Виражений страх, як найбільш частий прояв психічних травм, відчувають 80-90 % учасників бою. Встановлено, що у 25 % з них спостерігається блювота, 10-20 % – втрата контролю сечовипускання і дефекації. Підвищене почуття страху заважає кожному солдату ефективно застосовувати зброю.

Емоційно-психічне перенапруження призвело до розвитку несприятливих психічних наслідків у 75 % учасників В'єтнамської війни. Розвиток психічних змін відзначили 45 % ветеранів В'єтнаму, серед поранених і калік число осіб з психічними розладами досягало 42 %. До початку 90-х рр. близько 100 тис. покінчили життя самогубством, 400 тис. ведуть замкнутий спосіб життя.

Серед поранених відсоток ПТСР перевищує 72 %, тоді як серед фізично здорових ветеранів – 30–50 %. Встановлено, що чим триваліше солдати знаходились у бойових діях, тим більше були схильні до депресивних станів: 65 % чоловіків і 59 % жінок, що брали участь у війні, страждали яскраво вираженою формою нервово-психічного захворювання, відомого під назвою «синдром посттравматичного стресу» [46].

Тому в США, в кінці 80-х років бюджет організацій, які здійснювали психологічну допомогу ветеранам в'єтнамської війни, становив 4 млрд. дол. США. Ця сума – нереальна для нинішньої України.

В основу організації реабілітаційної системи покладено надання безкоштовної психологічної допомоги, а постулатом ефективності є родина, особливо дружина, так як весь тягар наслідків поведінки ветерана у побуті, його нічні кошмари, сварки, чвари і непорозуміння лягають на неї. Кількість суїцидів, наркоманів, алкоголіків, розлучених, злочинців серед них у декілька разів перевищувала середній рівень показників популяції. На ліквідацію наслідків війни, зокрема на психічну реабілітацію, витрачено грошей не менше, ніж на саму війну.

Таким чином, «в'єтнамський синдром», багато в чому порушив основи суспільства, привів до певного коригування зовнішньополітичного курсу, ціннісних орієнтацій «середніх американців» і навіть внутрішньої соціальної політики. Відреагувавши на настрої в суспільстві, держава загалом зуміла впоратися з цією кризою, прагматично врахувавши помилки і здійснивши низку перетворень, у тому числі реформи в армії.

5.1.3. «Афганський» синдром

Збройний конфлікт в Афганістані за участю СРСР (1978-1989) тривав понад 9 років. Війська було виведено 15 лютого 1989 року. Афганські події стали першою за довгі роки локальної війною СРСР і мали свою специфіку: невідома територія, незрозумілі причини, усвідомлення ризику у молодому віці в мирний час, складне уявлення про інтернаціональний обов'язок.

«Афганський» синдром – це соціально-психологічні зміни, що відбулися в особистості людини колишнього СРСР, яка брала участь в

«афганській війні» у другій половині XX ст. 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, мали уявлення, що тепер почнеться нове життя «героя-захисника», але відчули, що їх ніхто не чекає, ніякої поваги до них немає. З'явилася гостра хвороблива чутливість до несправедливості, підлості, боягузтва тощо. При працевлаштуванні їх бойовий досвід сприймався як негативний фактор, що обумовлено їхньою прямолінійністю, вибуховим характером, не прогнозованою поведінкою [19].

На листопад 1989 року, 3700 ветеранів були ув'язнені. Визначалось превалювання кількості розлучень і гострих сімейних сварок в сім'ях «афганців» (75 %). Більшість (68 %) не були задоволені роботою і часто міняли її через конфлікти. Від алкоголізму та наркоманії страждало 60 %. Хронічно хворими стали 82 %, інвалідами 76 %.

У зв'язку з цим, ще у 80-ті роки розглядалося питання про реабілітацію «афганців», але літературні дані свідчать, що повноцінне сучасне відновне лікування дороге і доступне тільки дуже багатим країнам.

Для адаптування афганців до мирного життя була спроба створити навчальні центри для солдат, що побували на війні. Але часті конфлікти між офіцерами і солдатами дискредитувало цю ідею: бійці, які були загартовані у боях фізично і психологічно, вимагали уваги і поваги, не бажали підкоритися офіцерам, які не приймали участі у бойових діях.

Найскладнішою стала категорія ветеранів, яка побувала на війні через почуття обов'язку: у них фіксувався рефлекс на вбивство без рефлексу його припинення. Практично кожен мав не тільки психологічні, а й медичні, психіатричні проблеми, обумовлені контузіями, легкими пораненнями, ударами і травмами. На фоні цього при різноманітних ситуаціях захисної

агресії легко виникають реакції «короткого замикання», стану звуженої свідомості («афекту»), відповіді на загрозу високим ступенем агресивності. Їх психологія і мораль залишилися як на війні. Афганська війна не скінчилася, а «перемістилася» в країни колишнього СНД у гарячі точки [43].

Більшість «афганців» – це люди, які прожили нелегку юність, віддані, володіють величезною соціальною сміливістю, найпотужнішим зарядом внутрішньої енергії, готові брати участь у проривних проектах, вміють переносити труднощі і здатні долати будь-які перешкоди, мають велику жагу до життя. Незалежно від ступеня справедливості тієї війни, вони для своєї країни герої, які заслуговують на повагу, турботу та увагу.

Чеченський конфлікт, включаючи обидві війни, завдав колосальної шкоди. З 1991 по 2005 рр. було вбито понад 160 тис. (із них близько 30–40 тисяч чеченців), загинули або отримали травми десятки тисяч співробітників силових структур. На території Чеченської республіки під час збройного конфлікту загинуло понад 10 тисяч, більше 70 тисяч отримали поранення, стали інвалідами близько 14 тисяч військових.

«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.

Причому «в'єтнамський синдром» розвивався поступово, накопичуючи патологічні ознаки такі, як туга, біль, кошмари, 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 після військовий 8-й рік.

Аналіз даних, отриманих дослідниками різних країн протягом багатьох років спостереження за ветеранами воєн, дозволяє зробити такі висновки: в

основі бойових стресових розладів лежить сукупність патогенних факторів, що в комплексі формують специфічну етіологічну причину - вплив бойового стресу на ту чи іншу ступінь опору психіки індивіда. Клініці бойових стресових розладів притаманні характерні клініко-динамічні особливості. Болючий процес має відомі варіанти результату. Все це говорить про особливе становище бойових стресових розладів серед усіх реактивних станів.

Відомо, що психогенні розлади не мають тенденції до зникнення. Навпаки, з часом у більшій частині випадків вони посилюються. Очікування того, що пройдуть роки, і все забудеться, не виправдовується. Ці синдроми йдуть по наростаючій і вимагають постійної корекції, незалежно від змін у суспільстві, соціального статусу воїна, особливо це проявиться в нашій державі тому, що бойові дії ведуться з противником, який має той самий генний код, мову, спільні традиції й культуру та релігію.

5.2. Військові дії в Україні та їх наслідки

Військові дії в Україні з 2014 року можуть мати ще більш вражаючі негативні наслідки для здоров'я постраждалих та суспільства, оскільки значна частина учасників були непрофесійними військовослужбовцями із непідготовленою до втрат стресостійкістю в умовах війни. Збройний конфлікт протягом тривалого часу все більше ускладнює соціально-економічну і суспільно-політичну ситуацію, яка посилює хронічний стрес у абсолютної більшості громадян, а відповідно психосоматичні порушення.

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". Вона виникає в кожної особи, може варіюватися за ступенем виразності (це залежить від індивідуальних

особливостей), і продовжується протягом короткого проміжку часу.

«Реакція тривоги» завершується формуванням «стану резистентності» за рахунок мобілізації і компенсаторних механізмів організму. Під впливом стресу, що продовжується, «стан резистентності» змінюється фазою виснаження.

Таким чином, з психологічної точки зору військовослужбовці, які побували в бойових діях представляють собою «групу ризику», тому що основні причини соціальної дезадаптації людини – це війна і страх, які характеризуються «запахом крові та смерті», порушенням самооцінки, ставленням людини до себе і навколишнього середовища. У осіб, які отримали поранення, самооцінка суттєво змінена і схильна до впливу захисних механізмів особистості, що проявляється в різких розбіжностях своєї оцінки (завищення або зниження). Це пов’язано з формуванням специфічного ставлення до свого патологічного стану і з внутрішнім самовідчуттям людини, чиї можливості значно обмежені, а також з тим, що суспільство ставить їх на сходинку нижче.

Значною мірою соціальна незахищеність цих груп пов’язана з наявністю психологічного чинника, що формує їхнє ставлення до суспільства та ускладнює адекватний контакт з ним. При загостренні характерологічних особливостей, внаслідок припинення бойових дій, виникають психологічні проблеми у вигляді емоційно-вольових, депресивних і поведінкових розладів. Переживання несприятливих наслідків ураження, зміна соціальної ситуації розвитку особистості, призводять до соціальної дисфункції та дезадаптації, прогресуванню типів психологічного реагування, погіршенню якості життя.

Для учасників бойових дій характерний портрет, не тільки із клінічними, але й психологічними особливостями. Чим більше свій стан песимістично оцінюють, тим більше серед них супротивників соціальної інтеграції. Мають виражене почуття психологічного дискомфорту, незадоволеності своїм життям, обстановкою реакцій на ставлення

оточуючих, оскільки їх рівень життя дійсно нижче, ніж у прихильників інтеграції. Аналогічно, чим нижче оцінюється якість свого життя, тим менш задоволений, тим частіше зустрічаються противники соціальної реінтеграції. Для тих, що обирають інтеграцію, частіше виявляються значущими такі цінності, як цікава робота, високий матеріальний добробут і можливість рівноправної участі в житті суспільства.

5.2.1. Вплив бойових дій на психічний стан людей

Населення України в сучасних умовах перебуває в стані постійного стресу, який посилюється, бо пов'язаний із базовою потребою людини - виживанням. Особливо війна накладає серйозний відбиток на психічний стан тих, хто перебуває в зоні бойових дій, оскільки психіка людини здатна відтворювати поведінку в межах тих моделей, які вже є в її досвіді, а тому опинившись залученими до військового конфлікту, не тільки немає програми поведінки в даній ситуації, але й загострюється інстинкт самозбереження.

Особливо страждають діти та підлітки, чиє психічне здоров'я найбільш вразливе. Загибель рідних, насильство та втрата соціальної підтримки завдають важкого удару по їх когнітивному та емоційному розвитку. Жінки, особливо у зонах конфлікту, часто стають жертвами сексуального насильства та інших його форм. Наслідки насильства на ґендерному ґрунті можуть бути глибокими та тривалими, що потребує комплексного підходу для їх відновлення. Літні люди, часто забуті в контексті війни, також зазнають психоемоційного стресу, пов'язаного зі втратою соціальних зв'язків, погіршенням фізичного стану та відчуттям безвиході.

Постраждалі внаслідок бойових дій, це насамперед безпосередні їх учасники, які піддаються впливу надмірних психотравмуючих факторів, що пролонговані у часі. Наслідки травми можуть проявитися раптово або через тривалий час, на фоні цілковитого зовнішнього добробуту людини. Виникає

дезадаптація, під якою припускається невідповідність між силою факторів, що впливають на психіку людини, і наявних психічних ресурсів, щоб їм протистояти [59].

Другою групою є родичі учасників бойових дій. Найпотужнішим фактором впливу на їх психіку є невідомість. На відміну від безпосередніх учасників, вони не можуть спрямувати адаптаційні сили психіки на вирішення конкретних задач, не мають перспективного погляду у майбутнє.

Медичні робітники, психологи, рятувальники, що надають допомогу постраждалим поза лінією зіткнення, знаходяться під опосередкованим впливом бойових дій, але у прямому спілкуванні з безпосередніми учасниками та постраждалими. Саме тому небезпека їхньої участі полягає в професійному вигоранні через вплив комунікативних, інформаційних та емоційних факторів.

Віддалене населення знаходиться під постійним інформаційним впливом, в першу чергу джерел масової інформації, що веде до появи або нарощування тривожного компоненту, зміни усталених основ життя та поведінкових патернів. Фактор невідомості та наявна загроза майбутньому провокують появу страху. Наявні чинники провокують перехід найбільш вразливої частини населення у стан непередбачуваної кризової свідомості.

Вплив війни на психіку виходить за межі індивідуального рівня, зачіпаючи цілі громади та суспільства. Руйнування соціальної інфраструктури та традиційних структур робить людей більш вразливими до ізоляції, що впливає на їхню здатність відновлюватися. Соціальна та економічна нестабільність, що супроводжує конфлікти, також створює додаткові психологічні проблеми. Люди відчувають постійний стрес через відсутність роботи та фінансові труднощі, що посилює їх психологічний стан. Згодом у таких спільнотах насильство та агресія можуть стати нормою, що сприяє повторенню циклів насильства та емоційної травматизації. Це замкнене коло, яке складно розірвати без належного втручання.

Незважаючи на тяжкі психологічні наслідки війни, існують стратегії та втручання, які допомагають мирним жителям справлятися з наслідками впливу війни. Важливо запровадити психосоціальні програми, які б забезпечували психологічну підтримку та навчання на рівні громад. Перша психологічна допомога, надана відразу після конфлікту, є важливим кроком у відновленні постраждалих. Ці програми пропонують базову емоційну підтримку та допомагають людям впоратися з первинними стресовими реакціями. Існує нагальна потреба у програмах психічного здоров'я для постконфліктних суспільств. Ці ініціативи включають навчання місцевих фахівців та використання культурних традицій для надання допомоги. Міжнародні гуманітарні організації, такі як «Лікарі без кордонів» та ВООЗ, відіграють важливу роль у забезпеченні доступної психологічної допомоги у постконфліктних регіонах.

Психологічні наслідки війни залишають незабутній слід у житті людей та суспільства. Вивчення та розуміння цих наслідків є життєво важливим для розробки ефективних методів підтримки та відновлення. Незважаючи на масштаб руйнувань, існує надія на відновлення завдяки впровадженню комплексних психологічних програм та міжнародної допомоги. Необхідно продовжувати роботу з надання психологічної допомоги постраждалим від військових конфліктів та запобіганню нових травм.

5.2.2. Посттравматичний стресовий розлад та розлад адаптації - незалежні фактори ризику розвитку ХСК

Найбільш значний внесок у розвиток посттравматичного стресового розладу роблять два чинники – *тривалість перебування в бойовій обстановці та нестача соціальної підтримки після повернення додому*.

Інші фактори: обтяжена спадковість, спотворені типи виховання, схильність до надмірних вегетативних реакцій на стрес, дефіцитарність

копінг-навичок, участь у жорстоких насильствах під час служби, наявність пов'язаних з війною соматичних дисфункцій, суспільне заперечення та нестабільність.

Імовірність розвитку ПТСР вище у ветеранів, які перенесли в умовах тривалих воєнних дій (ТВД) реактивні стани, а також у тих, хто відчуває труднощі у вербалізації своїх переживань. Також мають значення вік призову до армії, освітній рівень та особистісні характеристики.

Предикторами гарного прогнозу є швидкий початок, благополучний преморбід і сильна соціальна підтримка. Особливе значення для сприятливого прогнозу надається ранньому початку лікувально-реадаптаційних заходів після повернення ветеранів з війни.

Відновлення чи посилення симптомів можуть викликати будь-які пов'язані з пережитим стимули – дати, звуки, події тощо. Наприклад, під час війни у Перській Затоці (1990-1991 роки) відбулося загострення ПТСР в багатьох літніх ветеранів в’єтнамської війни.

Результати досліджень, проведених колегами з Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, показали, що серед психічних розладів у військово-службовців ЗС України, бійців НГ, їх родичів і біженців превалюють посттравматичний стресовий розлад та розлад адаптації. Особливостями військових подій є велика кількість мирних громадян, які потерпають від травматичних подій (не лише самі жертви, а й їхні родини, оточення), непрогнозованість і значна тривалість бойових дій. Окрім того, зазначена ситуація відбувається на тлі негативного інформаційного впливу. Значення має не тільки стрес, що діє, а як сприймається кожною людиною, тобто індивідуальна стресостійкість.

Наслідки збройних військових конфліктів та соціально-економічних негараздів у масштабах цілої країни завжди величезні та непередбачувані. Наприклад, за підрахунками Міністерства охорони здоров’я Сирії з 2011 по

2015 роки (після 4 років війни та економічних проблем) захворюваність психічними розладами серед населення зросла на 25 %.

З огляду на нагромадження критичної маси нових даних, змінився підхід до розуміння формування постстресорних станів. Зокрема, у 2013 році опубліковано п'яте видання діагностичного статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), в якому ПТСР, що раніше відносився до тривожних розладів, перемістився в окрему главу, пов'язаних з травмою чи впливом стресу.

За прогнозами МОЗ очікується, що понад 15 млн. українців потребуватимуть психологічної допомоги. Вже зараз тисячі українців потребують реабілітації та протезування, через втрату кінцівок. Неможливість отримати відповідну допомогу в країні змушує їх їхати на лікування закордон.

За результатами дослідження стану здоров'я 595 учасників АТО, кардіологічних хворих, протягом 2019-2021 років в ННЦ «ДУ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» (третинний етап медичної допомоги), встановлено, що *посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації є незалежними факторами ризику розвитку ХСК*.

Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації можуть *впливати на погіршення не тільки психічного здоров'я, а і на ризик та розповсюдження кардіоваскулярної патології*.

Недооцінка зазначених вище станів веде до значного зростання серцево-судинної патології серед працездатного населення.

Врахування впливу стресостійкості постраждалих із стрес-асоційованими розладами в умовах збройного конфлікту сприятиме покращанню їх лікування, реабілітації і профілактиці.

Починаючи із 2014 р., нестабільна соціально-політична ситуація в країні та військові дії на Сході, призвели до погіршення психічного здоров'я та підвищення серцево-судинного ризику у значної частини населення (військові, а також потерпілі внаслідок бойових дій і супутніх соціальних потрясінь) за рахунок перенесеного травматичного стресу.

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

Надання медичної допомоги повинно бути комплексним та включати консультацію психолога чи психотерапевта задля впливу на нові модифіковані фактори кардіоваскулярного ризику.

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

Необхідно впроваджувати комплексні міжвідомчі програми медико-соціальної реабілітації як учасників війни, так і потерпілих. Цьому сприятиме створення державного реєстру постраждалих внаслідок бойових дій та супутніх соціальних потрясінь (на зразок World Trade Center Registry).

5.2.3. Розвиток церебро-васкулярної патології під впливом стресу

Коморбідна церебро-васкулярна патологія становить вагому проблему для здоров'я постраждалих внаслідок бойових дій, через значну частоту її розвитку, великий відсоток інвалідизації та смертності. Найбільш тяжкою формою судинних захворювань є інсульт – гетерогенний клінічний синдром вогнищевого ураження головного мозку, пов'язаний з гострим порушенням його кровопостачання, який займає одне з перших місць серед причин смертності і стійкої втрати працездатності. Динаміка захворюваності на інсульт у світі за останні десятиріччя вказує на існування стійкої тенденції до

її зростання, яка становить 0,5-2 % на рік. Протягом останніх 10 років цей показник збільшився від 2,2 до 3,5 на 1000 населення.

За даними сучасних міжнародних досліджень (STONE, Syst-Eur, NIKS), в структурі серцево-судинної патології рівень захворюваності інсультами почав переважати показники захворюваності на інфаркт міокарда приблизно на 30 % («інсультний парадокс»). Цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) «молодшають», за останні п’ять років третину від загальної кількості хворих з порушеннями мозкового кровообігу становили люди у віці до 50 років.

Зростання захворюваності ЦВХ пов’язане зі збільшенням факторів ризику, таких як: тютюнопаління, гіперліпідемія, ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, психо-соматична патологія. Світова тенденція спрямована на зниження смертності від гострих цереброваскулярних хвороб.

5.2.4. Психотерапевтична допомога в кардіології учасникам і постраждалим внаслідок бойових дій. Патопластичний ефект

Психотерапевтична допомога в кардіології вимагає нових підходів у лікуванні кардіологічних пацієнтів. 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. Тобто, врахування індивідуальних, характерологічних особливостей пацієнта, терапія коморбідних психічних розладів, які за поширеністю займають друге місце після серцево-судинних.

Все більше досліджень доводить тісний зв’язок між психічним та соматичним благополуччям, намагаючись переконати лікарів 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 спричиняють *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 актуальній концепції піклування не тільки про здоров'я, а й про якість життя пацієнта.

Стратегія, що враховує вплив індивідуальних особистісних рис та психосоціальних факторів на перебіг захворювання та якість життя, впроваджується ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України.

Важливі досягнення у медицині, особливо за останній час, збільшили тривалість життя людей, але його якість залишається незадовільною, в тому числі, через велику кількість емоційних, стресових розладів та психосоматичних симптомів. Поширеність психосоматичних розладів у світі – від 15 до 50 % у популяції. У загально медичній галузі такі порушення складають від 30 до 57 %.

Новітні дослідження підтверджують, що хвороби серця та психічні розлади є взаємопов'язаними. Як коморбідні психічні розлади обтяжують перебіг, погіршують прогноз, так само і 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.

Все вищевказане 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 найширшого кола фахівців, зокрема долучення психосоматичних факторів до рекомендацій провідних медичних асоціацій.

5.2.5. Визначення психологічного статусу учасника бойових дій

З метою визначення актуального психологічного статусу учасника бойових дій комплексно застосовуються тестові методики, які дозволяють також визначити фактори ризику, які можуть продовжувати травмувати його психіку. З кожним військовослужбовцем проводяться індивідуальні бесіди, метою яких є первинна діагностика наявних проблем і психічних травм. За допомогою опитувальників досліджують його анамнестичні, соціальні та психологічні особливості.

Використовуються методики: MMPI, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Бека, Загальний опитувальник здоров'я, також ряд спеціалізованих методик: шкала посттравматичного стресового розладу (CES), опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків, шкала клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS), шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R), шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (COMBAT EXPOSURE SCALE), шкала посттравматичного стресового розладу, шкала впливу подій М. Горвіца (1979), шкала ПТСР MMPI Т. Кіна (1984), Список 90 симптомів Л. Деогатіса (1983), Міссісіпська шкала пост-бойових стресових розладів Т. Кіна (1988), метод СМОЛ, тест САН.

Психологічні дослідження проводяться поетапно: вивчення медико-соціальних документів; клінічна співбесіда для досягнення контакту з досліджуваним; первинна діагностика емоційного стану та особистісних особливостей, уточнення актуальних даних життя; експериментально-психологічне вивчення пізнавальних, емоційно-вольових та особистісних можливостей за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик (опитувальників), що дозволили отримати порівняльні кількісні та якісні показники ступеня розвиненості досліджуваних властивостей. Ці методики застосовувалися однаковим чином, починаючи від ситуації і інструкції та закінчуючи засобами обчислювання і інтерпретації отриманих показників

Незважаючи на те, що сучасна зарубіжна і вітчизняна медицина та психологічні науки можуть запропонувати великий вибір технік і методик психотерапевтичної та психологічної допомоги учасникам бойових дій, проте не всі вони застосовні в реальних умовах роботи лікувально-профілактичних закладів, оскільки недостатньо достовірно науково апробовані і вивчені з точки зору ефективності впливу на їх психіку. Необхідно вибирати такий алгоритм, для якого будуть характерні кратність, стислість, простота опрацювання результатів, багатофункціональність, що дасть можливість його використання не тільки для скринінгу, але й для оцінки стану і перебігу психічних порушень. Психологічними наслідками участі в бойових діях може бути психічна травма, бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад та дезадаптивні типи реагування.

Таким чином, алгоритм скринінгу доступний для фахівців будь-яких спеціальностей, перш за все на етапі первинної медико-соціальної допомоги, для профілактики, ранньої діагностики та корекції психологічних розладів, а його впровадження позитивно вплине на покращення рівня психічного здоров’я, зниження кримінальності та соціально-психологічної дезадаптації.

Результати психологічного дослідження не мають нічого спільного з клінічним діагнозом, вони визначають діагностику особистісних потенційних

можливостей, емоційного стану кожної окремої людини з метою реалізації індивідуального процесу профілактики, лікування, реабілітації і реадаптації, які визначаються за допомогою психометричних методів з метою визначення не тільки типологічної належності, але й ступеня адаптованості.

З психологічної точки зору військовослужбовці, які побували в бойових діях, представляють собою «групу ризику», тому що основні причини соціальної дезадаптації людини – це війна і страх, які характеризуються «запахом крові та смерті», порушенням самооцінки, ставленням людини до себе і навколишнього середовища. У осіб, які отримали поранення самооцінка суттєво змінена і схильна до впливу захисних механізмів особистості, що проявляється в різких розбіжностях своєї оцінки (завищення або зниження). Це пов’язано з формуванням специфічного ставлення до свого патологічного стану і з внутрішнім самовідчуттям людини, чиї можливості значно обмежені, а також з тим, що суспільство ставить їх на сходинку нижче.

Значною мірою соціальна незахищеність цих груп пов’язана з наявністю психологічного чинника, що формує їхнє ставлення до суспільства та ускладнює адекватний контакт з ним, при загостренні характерологічних особливостей внаслідок припинення бойових дій виникають психологічні проблеми у вигляді емоційно-вольових, депресивних і поведінкових розладів. Переживання несприятливих наслідків ураження, зміна соціальної ситуації розвитку особистості призводять до соціальної дисфункції та дезадаптації, прогресуванню типів психологічного реагування, погіршенню якості життя.

Для учасників бойових дій характерний портрет, не тільки із клінічними, але й психологічними особливостями. Чим більш песимістично вони оцінюють свій стан, тим більше серед них супротивників соціальної інтеграції. Мають виражене почуття психологічного дискомфорту, незадоволеності своїм життям, обстановкою реакцій на ставлення оточуючих, оскільки їх рівень життя дійсно нижче, ніж у прихильників інтеграції. Аналогічно, чим нижче оцінюється якість свого життя, тим менш

задоволений, тим частіше зустрічаються противники соціальної реінтеграції. Для тих, що обирають інтеграцію, частіше виявляються значущими такі цінності, як цікава робота, високий матеріальний добробут і можливість рівноправної участі в житті суспільства.

5.2.6. Повернення ветеранів у мирне життя після війни

Історія повернення ветеранів у мирне життя після воєн завжди була складною та неоднозначною. Кожна епоха, кожна війна приносила свої особливості цього процесу, проте загальні виклики залишалися схожими: фізичні та психологічні травми, проблеми з працевлаштуванням, соціальна ізоляція та потреба у підтримці від суспільства.

Після повернення до мирного життя ветерани воєн переживають нові стреси, пов'язані з труднощами пристосування. Невідповідність нових рис особистості, нажитих у бойовій обстановці, реаліям мирного життя веде до виникнення вторинного стресу, який стає основою психологічної та соціальної дизадаптації.

Війна триває, навіть коли ми її не бачимо у стрічках новин. Щодня на передовій гинуть і отримують поранення наші бійці, щодня вони рятують наше майбутнє ціною свого здоров'я та життя. Але є ще одна боротьба, яку часто забувають – битва ветеранів за своє місце у мирному житті. І ця боротьба починається не після закінчення війни, а вже зараз, доки їхні побратими залишаються на фронті [106].

Ветерани воєн суттєво відрізняються від інших хворих із психічними порушеннями. Серед хворобливих переживань та особливостей поведінки комбатантів вже в період участі у війні, і ще помітніше - потім, з'являється цілий набір симптомів, які зустрічаються тільки у осіб, які пережили

травмуючий психологічний досвід (психологічний бойовий стрес, бойова психічна травма).

Виділяють два провідні кластери реагування на бойовий стрес: *пасивний* (втеча від реальності) та *активно-руйнівний* (імпульсивна ворожість).

Пасивний переважає у початковий період перебування в екстремальних умовах. На синдромальному рівні він реалізується у вигляді невротичних, соматоформних, дисоціативних розладах, а у поведінковій сфері виражається самовільним залишенням місця служби, зловживанням психоактивними речовинами, суїцидальними тенденціями, самоушкодженням. Психічні порушення в цьому періоді виявляють зв'язок з факторами особистої вразливості та можуть бути віднесені до розладів адаптації.

Активно-руйнівний реактивний стан з'являється при збільшенні тривалості перебування в бойовій обстановці, коли зростає частота агресивних та інших девіантних форм поведінки. Ворожість до зовнішнього середовища зазвичай проявляється на невербальному рівні; характеризується брутальністю, раптовістю виникнення, жорстокістю і часом - безглуздістю.

Агресивна поведінка осіб з реактивними станами, як правило, відображає формування нажитих імпульсивних способів реагування, вторинних по відношенню до стану хронічної тривоги і є результатом або ціною адаптації в бойовій обстановці. Обидва кластери реагування виражають пошук виходу з травмуючої ситуації, і в той же час вони носять деструктивний, саморуйнівний, регресивний характер.

В основі патогенезу реакцій бойового стресу лежить складна взаємодія психогенних, фізіогенних, соматогенних, особистісних та психосоціальних факторів, що призводить до дисоціації психічної діяльності або до виснаження захисних механізмів та формування патологічно зміненої реактивності.

Однією із основних проблем реадаптації ветеранів є *повна протилежність деструктивної дійсності війни мирним умовам*. Понад 40 % воїнів, що воювали, не можуть увійти у звичайне життя. Вони замкнуті і підозрілі, вважають себе ошуканими і зрадженими суспільством, не визнають жодних авторитетів, виявляють схильність до агресії та насильства, страждають від безсоння та кошмарів, переживають почуття провини, що залишилися живими, внутрішнього спустошення, безпорадності та приниженості.

Вони не здатні забути свій бойовий досвід і надати йому зміст. Внутрішній спокій забезпечується створенням у душі «мертвого простору», де спогади відрізані від їхнього емоційного імпульсу. Ціною цього спокою є відчуження, що створює перешкоди до встановлення близьких взаємин, здатність любити і довіряти. Вони неспроможні розділяти зі своїми рідними ні радощів, ні прикростей. Відзначається високий рівень негативних афектів, охолодження до близьких, грубість чи, навпаки, дитяча залежність; у сім'ях висока частота розлучень. Багато хто зловживає наркотиками та алкоголем. Часто спостерігаються стани депресії чи втрати контролю над вчинками. Констеляція психопатологічних симптомів негативно позначається на їхньому професійному та соціальному функціонуванні.

Незважаючи на значну дизадаптацію, високу частоту об'єктивно виявлених психічних порушень, особи, постраждалі від бойового стресу, зазвичай ігнорують зв'язок своїх проблем з психічною травмою і *рідко звертаються за допомогою, щоб отримати лікування*. Цей феномен може бути пояснений страхом показати свою слабкість та професійну невідповідність у поєднанні з вірою в те, що професіоналізм може гарантувати від небезпеки.

В той же час, особистісні трансформації воїнів спочатку носять, переважно, адаптивний характер, і спрямовані, в першу чергу, на адаптацію до виключно стресогенної бойової обстановки. У популяції ветеранів такі

наслідки найчастіше нетривалі, а в деяких людей бойовий досвід може навіть посилити адаптивні можливості у подальшому мирному житті.

Симптоми ПТСР найбільш виражені в період від трьох до шести місяців після повернення з війни. У середньому 30 % пацієнтів одужують повністю, у 40-60 % зберігаються помірні або незначні порушення і лише у 10-20 % спостерігається перехід у тяжкі хронічні форми. Однак одужують вони усі умовно, багато хто з так званих «одужаних» підкреслено уникають тем, розмов та життєвих обставин, пов'язаних з їх участю у бойових діях.

Дослідження, проведені в Нідерландах, показали стійкість ПТСР і не підтвердили зростання нових випадків та тяжкості їх у віддаленому періоді. Так, у 1992 та 1998 роках, серед літніх ветеранів-інвалідів Другої світової війни, а також у Кореї та Індонезії, ознаки ПТСР виявили у 27 % і 29 % обстежених відповідно, тоді як серед інших ветеранів симптоми ПТСР мали лише 9 % і 8 % відповідно.

В Україні, так само як і в інших країнах, ветерани, що повертаються додому, опиняються на новому полі бою – психологічному та соціальному. Мирне життя зустрічає їх байдужістю, непідготовленістю та, найгірше, браком підтримки. Держава та суспільство досі не створили адекватної інфраструктури для реінтеграції тих, хто воював за наше життя. Програми реабілітації, працевлаштування, медична допомога – все це зазвичай виглядає не системно і є лише приватними заходами, які не вирішують загальної проблеми.

Багато ветеранів, повертаючись додому опиняються у соціальній ізоляції. Їх не розуміють, їхній досвід – чужий тим, хто ніколи не бачив війни. Багато хто з них не можуть знайти роботу через стереотипи або відсутність можливостей отримати нові професійні навички. І найгірше те, що допомога надається запізно, а не тоді, коли вона найбільше потрібна – у перші місяці повернення.

Війна залишає свій слід у душі кожного, хто пройшов через неї. Посттравматичний стресовий розлад є однією з найпоширеніших проблем серед ветеранів. Біль, спогади, нічні жахи, почуття провини та тривоги переслідують їх роками. І в цей час допомога має бути максимально доступною та професійною [106].

Але чи готове наше суспільство надати таку підтримку ? На жаль, найчастіше – ні. Психологічна підтримка для ветеранів все ще залишається недостатньо розвиненою, доступ до кваліфікованих фахівців обмежений, а проблема ПТСР все ще сприймається без належного розуміння. Однак ветеранам потрібна допомога вже зараз, а не за кілька років, коли травма вкорениться глибше і переросте у серйозніші проблеми.

Ще одним критичним питанням є працевлаштування ветеранів. Повернувшись у мирне життя, вони часто почуваються непотрібними та відкинутими. Навички, які були потрібні на війні, не завжди знаходять застосування у повсякденному житті. Проте суспільство має зрозуміти, що ветерани – це не просто колишні солдати. Це люди з великим життєвим досвідом, дисципліною та внутрішньою силою, які можуть стати рушійною силою для позитивних змін у суспільстві.

Створення спеціальних програм перепідготовки та працевлаштування ветеранів має стати пріоритетом для держави та бізнесу. Це не просто соціальна відповідальність – це інвестиція у майбутнє країни. Кожен ветеран, який успішно інтегрується у суспільство – це не лише подяка за його службу, а й нові можливості для розвитку всієї держави.

Особливим прикладом, який заслуговує на вивчення в Україні, є ветерани В'єтнамської війни США. *На відміну від попередніх воєн, вони не зустріли визнання чи вдячності*. Навпаки, суспільство, що знаходилося в політичному та ідеологічному розколі через непопулярну війну, зустріло їх з байдужістю, а іноді й ворожістю. Ветерани поверталися до країни, де їх звинувачували у війні, а не вшановували як героїв. Це призвело до

величезної кількості психологічних проблем, високого рівня безробіття серед ветеранів та соціальної ізоляції. Хоча уряд запровадив низку програм для підтримки ветеранів, включаючи медичну допомогу та соціальні пільги, багато хто з них залишився на узбіччі життя. Лише через десятиліття після війни американське суспільство почало визнавати травму цих ветеранів та надавати їм належну підтримку [106].

Після війн в Афганістані та Іраку в 2000-х роках багато країн, у тому числі США та країни НАТО, почали змінювати свій підхід до питання повернення ветеранів. Визнання ПТСР як серйозної проблеми стимулювало розробку нових програм психологічної реабілітації. Держави почали активніше інвестувати у програми для ветеранів, включаючи освіту, працевлаштування та підтримку у створенні власного бізнесу.

Однак навіть ці заходи не завжди виявлялися достатніми. Багато ветеранів все ще стикаються з труднощами при реінтеграції у суспільство, соціальною ізоляцією, безробіттям та невизначеністю майбутнього. Повертаючись з війни, де їхня місія була чіткою та зрозумілою, вони відчувають порожнечу та втрату сенсу у мирному житті.

5.2.6.1. Досвід розвинених країн як зразок для побудови власної системи адаптації ветеранів

Історії минулих воєн показують, що повернення ветеранів у мирне життя – це величезний виклик як для самих ветеранів, так і для суспільства. Незважаючи на те, що кожна держава багато робить щодо підтримки своїх ветеранів, дуже важливо, щоб такі зусилля були системними та довготривалими. Досвід зарубіжних країн може бути прикладом для інших держав, які стикаються з подібними викликами, у тому числі і для України.

США мають одну з найрозвиненіших систем підтримки ветеранів у світі. Програма «G.I. Bill», яка забезпечувала ветеранів Другої світової війни

пільговими умовами для здобуття освіти, житловими кредитами та підтримкою при працевлаштуванні мала свої позитивні наслідки. Вона дала мільйонам ветеранів можливість успішно реінтегруватися у мирне життя, здобути нові професії та навіть створити власний бізнес. Крім того, у США працює Міністерство у справах ветеранів, яке надає широкий спектр послуг – від медичної допомоги та психологічної підтримки до фінансових пільг та соціальних програм. Особлива увага приділяється лікуванню ПТСР та забезпеченню доступу до медичної допомоги через спеціалізовані шпиталі для ветеранів. Також є програми з працевлаштування, включаючи допомогу у відкритті власної справи [106].

Але жодна система не може бути бездоганною. Тому й у системі адаптаційних заходів США також є недоліки. І зараз багато американських ветеранів мають проблеми з безробіттям, бездомністю та психологічними труднощами. Але уряд США швидко реагує на проблеми та вміє слухати своїх громадян. Тому постійно створює можливості доступу до освіти та працевлаштування для ветеранів через нові програми та фінансування [106].

У Великій Британії велика увага приділяється перехідним програмам, які допомагають ветеранам підготуватися до повернення у мирне життя, ще до завершення їхньої служби. Програма Career Transition Partnership надає консультації, навчання та підтримку у пошуках роботи. Ця програма була створена для забезпечення плавного переходу від військової служби до цивільної кар'єри.

Також у Великій Британії діють ряд благодійних організацій, таких як Help for Heroes та The Royal British Legion, які надають фінансову, психологічну та медичну допомогу ветеранам та їхнім сім'ям. Вони також займаються реабілітацією військовослужбовців, які зазнали серйозних поранень під час служби [106].

Ізраїль – країна з постійною загрозою воєнних конфліктів, тому для неї питання адаптації ветеранів є надзвичайно актуальним. Ветерани, які

отримали поранення або страждають на ПТСР, мають доступ до спеціальних медичних центрів, таких як Центр реабілітації в Тель-а-Шомер. Там їм надають повну медичну, фізичну та психологічну реабілітацію.

Ізраїльська система також включає соціальну та професійну підтримку ветеранів. Для цього є програми перепідготовки, консультації з кар'єри та грошові пільги. Держава забезпечує адаптацію ветеранів до нових професій та допомагає їм повернутися до нормального життя [106].

У Німеччині ветерани набувають значної підтримки від держави. Після закінчення служби військові можуть брати участь у програмах для здобуття нової професії, що включає фінансову допомогу на навчання та перекваліфікацію. Держава також забезпечує ветеранів житлом та медичними послугами, включаючи реабілітацію для тих, хто отримав поранення. Особливо важливим аспектом у Німеччині є інтеграція ветеранів у суспільство. Уряд та громадські організації активно працюють над тим, щоб ветерани відчували себе частиною громадянського життя та не були в ізоляції. Німецька система також приділяє увагу психологічній підтримці ветеранів та членів їхніх сімей [106].

В Австралії діє Міністерство у справах ветеранів, яке забезпечує їх комплексною допомогою. Особливий акцент робиться на психологічній підтримці та лікуванні ПТСР, оскільки ця проблема була визнана однією з ключових після воєн в Іраку та Афганістані. Австралійська система також передбачає програми з перепідготовки, які допомагають ветеранам набути нових професійних навичок. Існують спеціальні стипендії для навчання та фінансові пільги для охочих розпочати власний бізнес [106].

В Канаді ветерани отримують доступ до програми Veterans Affairs Canada, яка надає їм медичну допомогу, пенсії, психологічну підтримку та можливості для професійної адаптації. Програма включає підтримку при переході на нові робочі місця, освітні гранти та стипендії для подальшого навчання. Також у Канаді існує система Veteran Family Program, яка

допомагає не лише ветеранам, а й членам їхніх сімей інтегруватися у мирне життя, надаючи психологічну підтримку, консультації та послуги соціального забезпечення [106].

Як бачимо, досвід зарубіжних країн показує, що реінтеграція ветеранів – це тривалий процес, який потребує системного підходу та тісної взаємодії між державними інституціями та громадськими організаціями. Не останню роль у цьому процесі грає суспільство.

5.2.6.2. Створення умов поверненню ветеранів до мирного життя

Не можна очікувати завершення війни, щоб почати дбати про ветеранів – це помилка, яка може коштувати дуже дорого. Ветерани повертаються вже сьогодні, і вони вже потребують нашої підтримки. Чекати – це гаяти час і людей. Без належної підтримки ветерани ризикують опинитися на узбіччі життя, що може призвести до нових соціальних проблем: безробіття, депресії, конфліктів та зростання злочинності.

Ми, як суспільство, маємо не лише поважати героїв, а й створювати умови для інтеграції їх у мирне життя. Це означає не лише фізичну, а й моральну та соціальну реабілітацію. Кроки, які мають бути зроблені вже сьогодні: відкрити двері до нових можливостей, забезпечити доступ до освіти, допомогти у працевлаштуванні та підтримати психологічно.

Прикладом у створенні умов при поверненні з війни може бути система реабілітації та соціальної інтеграції ветеранів Іраку та Афганістану.

Американська війна в Афганістані (2001-2021) тривала 20 років, ставши найдовшим збройним конфліктом в історії США. Розпочалася після терактів 11 вересня 2001 року. США та союзники ввели війська для боротьби з «Аль-Каїдою» та режимом Талібану. Остаточне виведення військ США

відбулося у серпні 2021 року. Для Америки ця війна не стала глобальною та значущою. Це не досвід Другої світової чи Громадянської війни в США, тож її не можна порівняти з національною травмою В'єтнаму чи Іраку. Ця війна поклала початок боротьбі з тероризмом, і багато американців підтримало її.

Іракська війна (2003–2011): Розпочалася із вторгнення коаліції на чолі зі США 20 березня 2003 року з метою повалення режиму Саддама Хусейна. Офіційно завершилася виведенням американських військ у грудні 2011 року.

Поступово, з поверненням ветеранів з Іраку та Афганістану, США почали будувати дієву систему їх реабілітації. Завдання було не простим, адже понад 1,5 млн людей пережили війну: 20 % з них зазнали контузії, 50% поранено вибухами бомб, а 73 % страждало від посттравматичного синдрому. Потрібно було впроваджувати загальну та стандартизовану систему роботи із солдатами, яка допомогла б їх соціалізувати [60].

І на це уряд не шкодував грошей. У бюджеті на 2015 рік на ветеранів було закладено $68,3 млрд. Більшість цих грошей пішло на медичне та психологічне відновлення людей, які пережили війну. Хоча в Асоціації ветеранів США вважали, що держава могла б робити більше, оскільки ветерани Іраку та Афганістану страждають сильніше, ніж бійці, які пройшли війни у Кореї чи В'єтнамі. За даними асоціації, людина, яка побувала в Іраку, згодом починає скаржитися на 10-14 хвороб, тоді як ті, що пережили В'єтнам, зверталися до лікарів тільки з чотирма проблемами [60].

У ті роки економіка США тільки но почала зростати і була не здатна забезпечити роботою одразу всіх, хто повернувся з армії. А за даними міністерства оборони США, лише 57 % людей, які брали участь у воєнних діях, могли нормально продовжувати службу в армії. І справа тут не лише у фізичних пораненнях – більшість із них не готові до нової війни психологічно.

Але й до мирного життя їм було важко адаптуватися, через існуючі протиріччя між колишніми солдатами та звичайним життям. На думку професора Меттью Фрідмана з Національного центру боротьби з посттравматичним синдромом, ветерани – нормальні люди, які ще можуть принести користь економіці країни, але тільки якщо *їм дати роботу та соціалізувати, а не висловлювати лише співчуття*.

«Операції в Іраку та Афганістані показали, що у нас набагато більше поранених та покалічених, ніж у минулому. Медицина дозволяє зберігати їм життя, але відновити відірвані кінцівки ми не можемо», – пояснює Вол Паллас із центру охорони здоров'я Бостона [60].

Проблема покалічених солдатів стояла як ніколи гостро, тим більше, що самої системи такої масштабної реабілітації до 2001 року не існувало. Адже ветерани війни у В'єтнамі, останнього масштабного конфлікту за участю США, здебільшого вже отримали допомогу, та й тих, хто вижив тоді, було набагато менше.

Тому, коли в 2003 році з Афганістану почала повертатися перша хвиля демобілізованих, влада зрозуміла, що назрівають великі проблеми. В той час економіка США зростала з прискоренням 5-8 %, і вона могла собі дозволити витрачати *понад $60 млрд. в рік на медичне відновлення*.

Саме тоді було закладено мережу зі 150 шпиталів та 600 клінік по всій країні. При цьому уряд відмовився брати добровільні внески для лікування поранених солдатів, хоча громадські організації і збирали пожертвування.

«Ми не могли дозволити собі взяти ці гроші, оскільки солдати захищали інтереси нашої країни», – каже Честер Гуд із міністерства у справах ветеранів. Тому система фінансується лише з державного бюджету. На думку експертів, таким чином її вдалося зробити уніфікованою і не допустити, щоб одні медичні заклади забезпечувалися краще за інших [60].

Ще однією особливістю цих двох війн стала більша кількість жінок, які служили в лавах США і були поранені. Для них створювали спеціальні шпиталі. Навіть у період економічної кризи фінансування лікування поранених трималося приблизно на одному рівні – $60 млрд на рік.

У майбутньому, згідно з підрахунками економістів з Гарварду, уряду доведеться витратити понад $600 млрд, щоб забезпечити ветеранів нормальним лікуванням та протезами. Але, на думку фахівців, лікування – це лише початок процесу соціалізації і, можливо, найпростіша з його стадій.

Усі ветерани отримали загальну травму: більше 90 % тих, які пройшли війну, страждали від посттравматичного синдрому, головного болю, неможливості нормально працювати або десоціалізації.

Крім того, 43 % ветеранів зізнавалися, що хотіли вчинити самогубство або навіть намагалися це зробити. А деякі говорили, що здатні виявляти невмотивоване насильство. Тому в 2011 році в США було створено систему, яка займалася психологічною чи соціальною адаптацією солдатів. Її назвали Polytrauma System of Care. Представництва організації працюють майже у кожному великому місті країни, і будь-який солдат може звернутися туди за підтримкою психологів чи соціальних працівників. Зараз система включає 600 центрів. Ці установи також збирають статистику, щоб визначити, які події чи дії здатні викликати у ветеранів агресивну реакцію.

За даними активістів Спілки ветеранів США, лише **40 %** учасників воєн в Іраку та Афганістані звертаються за допомогою. Багато хто намагається сам вирішити свої проблеми, але часто скочується до прийому наркотиків та алкоголю.

Іншим аспектом соціалізації стала матеріальна підтримка та працевлаштування для колишніх солдатів. У 2015-2021 рр. у США у разі повної втрати працездатності за місяць виплачували приблизно $2700, що не так багато за американськими мірками.

Через державні фонди понад 40 % ветеранів отримують додаткову допомогу. А більше половини з них пройшли безкоштовні курси навчання та перекваліфікації: згідно із законом, ухваленим після терористичних атак 11 вересня 2001 року, будь хто, маючи 90 днів стажу активної служби в гарячих точках, може претендувати на освітній грант або безкоштовне освоєння професії. При цьому держава оплачує житло та надає стипендію.

Звичайно, понад 60 % колишніх солдатів у США вважають, що президент і конгрес не роблять все для того, щоб почути їхні вимоги та покращити умови життя. У Союзі ветеранів підтримують цю думку і кажуть, що політики зазвичай згадують про них лише перед святковими датами.

Хоча при цьому визнають: уніфікована система лікування та соціалізації допомагає багатьом. До того ж, коли економіка країни зростає, уряд виділяє на ці потреби більше грошей.

Звертаючись до сучасних проблем в Україні, професор Меттью Фрідман зазначив, що Україна має зрозуміти, що гроші не головне. Потрібно створити уніфіковану систему для лікування та соціалізації. І зробити доступ до неї максимально простим і наскільки можна безкоштовним. За його словами, громадське співчуття найменше потрібне тим, хто пройшов війну. Найважливіше дати ветеранам можливість знову стати повноцінними членами суспільства.

Державна ветеранська політика розвиватиметься на основі спеціальної стратегії та відповідних змін у законодавстві. Уряд повинен, керуючись Указом Президента України від 22 серпня 2024 року, невідкладно затвердити Стратегію ветеранської політики на період до 2030 року та план заходів щодо її реалізації. Перехід від військової служби до громадянського життя має здійснюватися шляхом надання ветеранам послуг, внаслідок яких вони будуть залучені до невоєнних видів діяльності. Слід забезпечити зайнятість ветеранів у тих сферах, де потрібні кваліфіковані працівники з навичками, отриманими під час несення служби [106].

Міністерство ветеранів України вже працює над Стратегією формування системи переходу від військової служби до громадянського життя. Ця стратегія сформує можливості для військовослужбовців та ветеранів щодо відновлення здоров'я та отримання відповідної освіти, для придбання житла чи створення власного бізнесу. Реалізація цієї стратегії допоможе у розвитку інклюзивних підходів у суспільстві та безбар'єрного середовища в усіх регіонах та сферах суспільного та економічного життя.

Зрозуміло, що процес розробки такої глобальної стратегії потребує глибокої аналітики, чіткої організаційної та управлінської діяльності. На все це піде чимало часу, а отже, не варто чекати на завершення війни. Потрібно діяти заздалегідь.

Війна залишить свій слід у кожному з нас. Але саме те, як ми зустрінемо та підтримаємо ветеранів, визначить нашу готовність до майбутнього. Їхній новий старт – це не просто перезавантаження особистого життя, це наша відповідальність. Створення сприятливих умов для адаптації ветеранів сьогодні – це інвестиція у стабільне та успішне завтра для всіх нас.

Війна не завершується з останнім пострілом чи підписаним мирним договором. Війна триває в серцях і думках, що пройшли крізь неї. Ветерани, які повертаються додому, вже зіткнулися з новим фронтом – фронтом адаптації до життя, яка більше ніколи не буде такою, як раніше. Вони – наші герої, які заслуговують більше, ніж просто подяки. Вони потребують нашої підтримки вже зараз [106].

Чекати закінчення війни, щоб почати діяти – це означає прогаяти дорогоцінний час і можливість дати ветеранам шанс на новий старт. Їхня боротьба за мирне життя відбувається тут і зараз. Вона потребує не лише державних програм, а й нашої уваги, розуміння та готовності допомогти.

Ветерани вже сьогодні мають відчути, що їхнє повернення – не кінець, а початок нової сторінки. Ми не можемо дозволити собі зволікати. Вони не

чекають на майбутнє – вони борються за нього тепер. І наша допомога, наша дія – це те, що може змінити їхнє життя на краще [106].

5.3. Дослідження кардіологічних хворих на третинному етапі медичної допомоги

Наукове дослідження «Дослідити віддалені наслідки на здоров'я постраждалих внаслідок бойових дій» проводиться в акредитованих клініках ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН (Акредитаційний сертифікат з 5.10.2020 р. до 4.10.2023 р. за № 015000 серією МЗ МОЗ України), які атестовані на підставі Закону України «Про метрологію та метрологічну діяльність» відповідно до «Правил уповноваження та атестації в державній метрологічній системі».

Актуальність дослідження віддалених наслідків на здоров'я постраждалих внаслідок бойових дій пов'язана з потребою актуалізувати проблеми із здоров'ям в умовах збройного конфлікту, негативний вплив якого щоденно зростає не тільки для військових та постраждалого цивільного населення, але і для усіх громадян України.

Метою дослідження є вивчення динаміки показників розвитку серцево-судинної і судинно-мозкової патології та соматизованих психічних розладів у пацієнтів (постраждалих від бойових дій) із супутніми розладами в умовах стресу і соціальної напруги. Обґрунтувати концепцію мінімізації їх впливу на здоров'я постраждалих внаслідок бойових дій, запропонувати модель індивідуальної профілактики та комплексного надання медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є пацієнти (постраждалі внаслідок бойових дій) ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, медичні карти амбулаторного та

стаціонарного хворого, скринінгові та відповідні тематичні діагностичні анкети, клінічне інтерв'ю, стандартизовані та власної розробки анкета, діагностичні шкали HADS, PHQ–9, GAD-7, організація медичної допомоги, дані офіційної статистики та медична звітність Центру статистики МОЗ України (ДОДАТОК 3, анкета).

Методи дослідження – клінічні, функціональні, лабораторні, інструментальні, соціологічні, психологічні, інформаційно-аналітичні, статистичні.

Клініко-психопатологічне обстеження проводилося 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 ПТСР; 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.

У власній розробленій анкеті передбачено вибір саме тих чинників, які протягом останнього часу мали місце в житті постраждалих від бойових дій пацієнтів, створюючи дискомфорт. Анкета послужила діагностичним інструментом виявлення небезпечних соціальних чинників. Крім того, вона допомогла виявити такі фактори ризику, які спричиняли значне стресове навантаження на організм, але при цьому перебували поза межами свідомого поводження з ними.

Всім пацієнтам з цереброваскулярною патологією проводилося клініко-неврологічне обстеження по короткій шкалі оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE), шкалам NIHSS, ABCDE, HADS та Глазго. Було призначене дуплексне сканування екстра- та інтракраніальних артерій на приладі «Sonoline Omnia» («Siemens», Німеччина).

Біохімічне дослідження крові проводили за загальноприйнятими методиками. Концентрацію в плазмі крові глюкози, креатиніну, сечової кислоти, С-реактивного протеїну та показників ліпідного спектру визначали з використанням відповідних тест-систем на біохімічному аналізаторі «Biosystems A 25» (Іспанія).

У 2025 році за кардіологічною допомогою третинного рівня звернулося **678** пацієнтів – учасників бойових дій збройних сил України, з них:

- консультаційних обстежень – 678 (100 %);
- консультативних звернень – 250 (36,9 %);
- лікувально-діагностичних звернень – 428 (63,1 %).

За нозологією захворювань розподіл наступний:

- артеріальна гіпертензія у поєднанні з ускладненнями з боку серцево-судинної системи (ішемічна хвороба, серцева недостатність) та з цереброваскулярними порушеннями (транзиторна ішемічна атака (ТІА), гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) - 300 пацієнтів (44,2 %);
- есенціальна та вторинна артеріальна гіпертензія - 99 (14,6 %);
- міокардити – 84 (12,4 %);
- кардіоміопатії – 10 (1,5 %);
- стенокардія, постінфарктний кардіосклероз – 66 (9,7 %);
- порушення ритму та провідності – 22 (3,3 %);
- пролапс мітрального клапану та інші вади серця – 15 (2,2 %);
- ревматичні захворювання – 74 (10,9 %);
- загальний медичний огляд, у т.ч. соматоформна дисфункція на фоні психоемоційних навантажень – 8 (1,2 %).

Станом на 31.10.2025 р. у стаціонарних умовах проліковано **514**, а в амбулаторних - **678** військовослужбовців ЗСУ.

До різних відділень ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України у 2025 році госпіталізовано **514** (100 %) пацієнтів. Зокрема у такі відділення:

- гіпертонічної хвороби серця - 84 (16,3 %);

- есенціальної та вторинної артеріальної гіпертензії – 23 (4,5 %);
- атеросклерозу та ІХС – 94 (18,3 %);
- порушень ритму і провідності серця – 95 (18,5 %);
- інтервенційної кардіології - 55 (10,7 %);
- некоронарогенних хвороб серця – 89 (17,3 %);
- інфаркту міокарда та реабілітації – 33 (6,4 %);
- дисліпідемій та ендокринної патології – 41 (8,0 %).

Кількість госпіталізованих в 2025 р. (514) у стаціонарні відділення ННЦ у порівнянні з 2024 р. (377) зросла на 40 %.

5.3.1. Коморбідна цереброваскулярна патологія у постраждалих внаслідок бойових дій

5.3.1.1. Актуальність дослідження

Згідно доповіді ВООЗ (жовтень 2025 р.), неврологічні захворювання на даний час охоплюють більше 40 % населення світу - більше трьох мільярдів людей. При цьому, менш ніж в одній країні світу із трьох запроваджена політика боротьби із зростаючою кількістю неврологічних розладів, через які щорічно помирає більше 11 мільйонів людей.

Серед 10 головних неврологічних нозологій, які спричиняють смерть та інвалідність, станом на 2021 рік були: інсульт, неонатальна енцефалопатія, мігрень, хвороба Альцгеймера та інші деменції, діабетична невропатія, менінгіт, ідіопатична епілепсія, неврологічні ускладнення, розлади аутистичного спектру і рак нервової системи.

Доктор Джеремі Фаррар заявив, що необхідно зробити усе можливе для покращання медичного обслуговування для дітей з неврологічними захворюваннями. Багатьом таким хворобам можна запобігти або ефективно лікувати, але їх послуги залишаються недоступними для більшості.

ВООЗ закликає уряди країн зробити ці захворювання пріоритетом, розширити доступ до неврологічної допомоги через послуги системи охорони здоров'я і зміцнення даної системи, а також сприяти здоров'ю мозку протягом всього життя.

Найбільш важкою формою неврологічних судинних захворювань є інсульт – гетерогенний клінічний синдром вогнищевого ураження головного мозку, пов'язаний з гострим порушенням його кровопостачання. Інсульт займає одне з перших місць серед причин смертності і завжди перше місце серед причин стійкої втрати працездатності.

Вивчення динаміки захворюваності на інсульт у світі за останні десятиріччя вказує на існування стійкої тенденції до її зростання, яка становить 0,5-2 % на рік.

За даними міжнародних досліджень (STONE, Syst-Eur, NIKS), в структурі серцево-судинної патології рівень захворюваності інсультами почав переважати над показниками захворюваності інфаркту міокарду приблизно на 30 % («інсультний парадокс»). Цереброваскулярні хвороби «молодшають»: за останні роки третину від загальної кількості хворих з порушеннями мозкового кровообігу становили люди у віці до 50 років.

Зростання захворюваності ЦВХ пов'язане зі збільшенням факторів ризику: стрес, тютюнопаління, гіперліпідемія, ожиріння, цукровий діабет та артеріальна гіпертензія.

Інсульт щорічно розвивається у 16 млн. жителів планети, з них 6 млн. помирають, переважна більшість потребує сторонньої допомоги і лише 10 % повертаються до повноцінного життя. В Україні щорічно відбувається більше 120 тис. інсультів, і на відміну від високо розвинутих країн захворюваність і смертність від них удвічі перевищує ці показники від інфаркту міокарда (ІМ).

Основними причинами виникнення інсульту в умовах стресу є атеросклероз, кардіогенна патологія та артеріальна гіпертензія. Важливою

проблемою у пацієнтів з поєднаною ЦВП та ХСК є вивчення прогностичних аспектів перенесеного інсульту та ризику кардіологічних ускладнень в ранньому та віддаленому постінсультному періодах, адже у хворих, що перенесли інсульт, основними причинами летальності в подальшому стає кардіологічна патологія: фатальний інфаркт міокарда, важкі порушення серцевого ритму, раптова смерть.

Особливого значення набула проблема ЦВХ в період війни в Україні, коли до традиційних факторів ризику додався потужний стресорний фактор. Кожен мешканець України перебуває під впливом стресу через війну, але найбільше вражені військові в умовах бойових дій, так як перебувають як у гострих стресорних ситуаціях , так і в умовах хронічного стресу.

Стрес-система - складний регуляторний комплекс, який допомагає координувати гомеостаз у звичайних умовах і відіграє ключову роль в активації та координації всіх змін в організмі, що становлять адаптивну реакцію на стресори. Ця система складається із центральної ланки й периферичних гілок, які здійснюють зв'язок центральної ланки з усім організмом. Центральна ланка міститься в головному мозку: у гіпоталамусі й інших відділах стовбура мозку.

Основним результатом активації стрес-системи є збільшений викид кортизолу та катехоламінів - головних стрес-гормонів, які сприяють мобілізації функції органів і тканин, відповідальних за адаптацію, і забезпечують збільшення їх енергозабезпечення. Окрім прямих продуктів стрес-системи, у стрес-реакцію залучені: ангіотензин II, прозапальні цитокіни, наприклад інтерлейкіни, а також тахікіни - нейропептид Y, субстанція P та інші [99, 101].

В умовах гострого психологічного стресу нейро-судинний зв’язок локально потенціюється, щоб збільшити об’єм крові та перфузію в зонах підвищеної активності нейронів. Гострий стрес підвищує циркулюючі рівні прозапальних цитокінів ІЛ-6 і ФНП-α, що обумовлює активацію тромбоцитів

та протромботичні процеси, а також підвищену вразливість до запальних захворювань [99, 100].

На відміну від захисної та адаптивної природи гострих церебральних судинних реакцій на стрес, хронічний стрес індукує тривалу гіперактивність гіпоталамо-гіпофізарної системи. Надмірна стимуляція вегетативної нервової системи призводить до пошкодження ендотелію через низку нисхідних механізмів. Гіперстимуляція ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) призводить до підвищення рівня гомоцистеїну, що викликає пошкодження ендотелію. Підвищення рівня кортизолу безпосередньо знижує рівень оксиду азоту через інгібування ендотеліальної NO-синтази та посилення окисного стресу. Тривало підвищений кортикотропін-рилізинг-фактор призводить до помітного збільшення продукції прозапальних медіаторів і цитокінів (ендотелін-1, ФНП-α, простагландин І2, ІЛ-1β, ІЛ-6) з наступним розвитком пошкодження ендотелію головного мозку. Таким чином, хронічний стрес може сприяти потовщенню інтими-медіа церебральних артерій, розвитку артеріальної жорсткості та атеросклерозу церебральних судин .

Спричинене стресом вивільнення кортизолу, впливає на гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ) безпосередньо або через активацію тучних клітин, що призводить до підвищення його проникності [104, 105] .

Хронічний стрес пов'язаний із реакцію судин на травму, що проявляється в мікрогліальній активності, запаленні, окислювальному стресі, активації фактору росту та загоєнні ушкоджень (агрегації тромбоцитів, гемостазі, відкладенні фібриногену та ангіогенезі). Це призводить до цереброваскулярних мікрокровотеч, патології судин і руйнування ГЕБ [105].

Хронічний стрес відіграє важливу роль у патогенезі АГ, особливо у осіб з підвищеною чутливістю нейрогенних шляхів, що опосередковують серцево-судинні відповіді на стрес. Вплив хронічного стресу викликає каскад реакцій, який в кінцевому підсумку призводить до цереброваскулярної дисфункції зі структурними та функціональними розладами, подібними до

тих, що викликає АГ. Це пошкодження ендотелію, збільшення товщини стінки та зменшення діаметру просвіту судини (ліпогіаліноз), фібріноїдний некроз судинної стінки, резистентність, жорсткість церебральних судин, артеріальний атеросклероз, порушення ауторегуляції.

Вищезазначені порушення обумовлюють розвиток як гострих, так і хронічних ЦВХ [103, 105].

Хронічний стрес спричиняє розвиток ПТСР, в тому числі є основою для розвитку когнітивних порушень.

Вагомими факторами ризику когнітивних порушень залишаються АГ, ЦД, метаболічний синдром, депресивні розлади та депривація сну, які діагностовано у постраждалих внаслідок бойових дій. В ряді досліджень продемонстровано, що когнітивний дефіцит, включаючи пам'ять, увагу, виконавчі функції, швидкість психомоторних функцій та обробки інформації, а також навчання, пов'язані з депресією [104].

Таким чином, перебування в умовах хронічного стресу обумовлює розвиток серцево-судинної патології.

Вагомим фактором ризику ССЗ є черепно-мозкова травма (ЧМТ), Військові ветерани мають вищу поширеність ЧМТ протягом життя (56 %) порівняно з цивільним населенням, отже, являють собою окрему популяцію для вивчення довгострокових наслідків ЧМТ.

В низці досліджень було доведено, що ЧМТ будь-якого ступеня тяжкості пов'язана з вищим ризиком хронічних серцево-судинних, ендокринних та неврологічних супутніх захворювань у пацієнтів без початкових діагнозів. Супутні захворювання спостерігалися у відносно молодих пацієнтів з ЧМТ [95].

Зв'язок ЧМТ з подальшими ССЗ не був послаблений у багатовимірних моделях, що свідчить про те, що ЧМТ може враховувати ризик, незалежний від інших змінних. При розгляді компонентів первинних результатів, усі категорії ЧМТ збільшували ризик інсульту, ІХС та захворювань периферичних артерій після корекції. Легка ЧМТ та помірна або тяжка ЧМТ

були пов'язані з підвищеним ризиком смертності від ССЗ. За винятком смертності від ССЗ, існували докази дозо-залежності, коли більш тяжка ЧМТ була пов'язана з підвищеним ризиком. Хоча ризик був найвищим зразу після травми, він залишалася пов'язаним із ССЗ протягом багатьох років [96].

В багатьох дослідженнях вказується на потенційну роль ЧМТ, як провокуючого фактору, для розвитку ЦД 2 у популяції ветеранів. При ЧМТ механізми, що викликають гіперглікемію, можна класифікувати як механічні та біохімічні. Механічно, фізичне пошкодження гіпоталамуса та гіпофіза викликає порушення рівнів гормонів, таких як катехоламіни, кортизол, соматотропний гормон та ТТГ. Спільною роллю цих гормонів є гомеостаз глюкози, а відхилення від гомеостатичних рівнів можуть призвести до гіперглікемічного стану. Біохімічно, гостре та хронічне нейрозапалення та пов'язані з ним запальні цитокіни можуть підвищувати резистентність до інсуліну, що призводить до гіперглікемії.

Метааналіз численних обсерваційних досліджень показав вищий ризик розвитку діабету, пов'язаного з депресією. Як і ПТСР, депресія пов'язана з атрофією гіпокампу та порушеннями сну, але відрізняється тим, що часто спостерігається підвищене вироблення кортизолу.

ЧМТ є доведеним фактором ризику інсульту, ендокринних, хронічних цереброваскулярних та нейродегенеративних захворювань. Пошкодження головного мозку, що призводить до стійкої дисфункції мікросудин після ЧМТ, є одним із механізмів, який пов'язує її з інсультом та іншими неврологічними наслідками, включаючи деменцію [97].

Механізми, що лежать в основі довгострокового підвищеного ризику інсульту після ЧМТ, залишаються неясними та потребують подальшого дослідження. Підвищений ризик інсульту триває протягом одного року після ЧМТ, оскільки стійке запалення призводить до ремоделювання та зміцнення кровоносних судин, що ще більше погіршує церебральну перфузію та збільшує схильність до інсульту з часом. Крім того, спільні фактори ризику ЧМТ та інсульту, такі як невиявлені супутні захворювання та зміни у

поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, такі як зниження фізичної активності або припинення прийому препаратів для профілактики інсульту, можуть частково пояснювати цей зв'язок [98].

Структурні зміни в судинах, такі як утворення мікроаневризми, ще більше підвищують ризик геморагічних подій. Пошкодження судинної стінки або підвищений ризик амілоїдної ангіопатії після ЧМТ може збільшити вразливість до відстроченого геморагічного або ішемічного інсульту. Разом ці процеси, опосередковані місцевим та системним запаленням і підсилені поведінковими та фізіологічними змінами, підкреслюють складну взаємодію між ЧМТ та ризиком розвитку інсульту [98-100].

Подальшого роз'яснення потребують механізми та фактори, пов'язані з вищим ризиком інсульту після легкої ЧМТ, так як вона може мати механізми, які дещо відрізняються від тих, що діють при травмах середнього та тяжкого ступеня. Вважається, що нейрозапалення, порушення церебральної ауторегуляції та пошкодження мікросудин сприяють ризику інсульту навіть у легких випадках. Пацієнти, які перенесли повторні легкі ЧМТ (струси мозку), такі як спортсмени або військовослужбовці, можуть мати посилені цереброваскулярні та нейрозапальні пошкодження, що підвищує їхню вразливість до ішемічних подій. Аналогічно, молодші люди з легкою черепно-мозковою травмою можуть зіткнутися з тривалим впливом цих ризиків протягом свого життя, особливо якщо такі основні фактори, як гіперкоагуляція або гіпертензія, залишаються неусунутими [101-105].

Статистичні дані, отримані при вивченні довгострокових ризиків інсульту у американських ветеранів з ЧМТ в анамнезі показали, що ветерани з ЧМТ частіше, ніж ветерани без неї, курять (19 % проти 13 %), мають гіпертензію (38 % проти 31 %), гіперліпідемію (34 % проти 29 %) і фібриляцію передсердь (4 % проти 2 %) [97].

Ветерани з ЧМТ набагато частіше, ніж ветерани без неї, мали коморбідний ПТСР (36 % проти 10 %), депресію (36 % проти 16 %) та у 1,69 разів вищий ризик інсульту (hazard ratio) [97].

ЧМТ сильніше асоційована з геморагічним інсультом, ніж з ішемічним.

Вищезазначене свідчить про необхідність цілеспрямованого спостереження за військовослужбовцями, які брали участь у бойових діях, зосереджуючись на судинних факторах ризику, з метою профілактики серцево-судинних захворювань та інсульту.

Своєчасна діагностика предикторів кардіологічних ускладнень, патогенетично обґрунтована терапія, розробка алгоритму поєднаної неврологічної та кардіологічної реабілітації пацієнтів, що перенесли інсульт, дозволять знизити загальний серцево-судинний ризик, збільшити тривалість життя та покращити його якість у постраждалих від бойових дій.

5.3.1.2. Результати дослідження

В дослідженні вивчалась наявність серцево-судинних факторів ризику у 50 військових (учасників бойових дій) та 50 цивільних, співставних за віком, індексом маси тіла та наявністю артеріальної гіпертензії (всього 100 осіб). Всі пацієнти, включені у дослідження, чоловіки, співставні за віком та антропометричними даними. Середній вік становив (56 ± 2) років.

На етапі скринінгу всім пацієнтам були проведені реєстрація скарг, збір анамнезу, загально-клінічне обстеження, яке включало вимірювання офісного АТ за загальноприйнятою методикою, фізикальне та неврологічне обстеження, запис ЕКГ, клінічне та біохімічне дослідження крові.

Проведений аналіз отриманих результатів оцінки демографічних показників, наявності встановленої легкої черепно-мозкової травми, наявності факторів серцево-судинного ризику (куріння, споживання алкоголю, фізична активність, обтяжений сімейний серцево-судинний анамнез), церебрального атеросклерозу; порушень вуглеводного обміну; антропометричних показників (зріст, маса тіла, розрахунок індексу маси тіла).

Критеріями включення в дослідження були:

- Чоловіки віком 25 - 60 років,
- Наявність артеріальної гіпертензії.

Критеріями виключення були:

- Тяжка ЧМТ (забій, травматичний крововилив, дифузне аксональне пошкодження),
- Стенокардія, перенесений інфаркт міокарда,
- Міокардит, вади серця, застійна серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду,
- Фібриляція передсердь,
- Декомпенсований цукровий діабет та/або з епізодами гіпоглікемії в анамнезі,
- Цукровий діабет I типу,
- Ниркова та печінкова недостатність,
- ПТСР,
- Деменція.

Діагноз «Гіпертонічна хвороба» встановлено за критеріями Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)», 2024 рік.

Діагноз «Цукровий діабет» встановлено за критеріями Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «ЦД 2 типу у дорослих», 2024 рік.

Діагноз ЧМТ, струс головного мозку встановлено за даними наданої медичної документації.

Оцінка когнітивної функції проводилась за допомогою короткої шкали оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE). Методика MMSE широко застосовується в більшості сучасних епідеміологічних та клінічних досліджень для скринінгу та оцінки когнітивних порушень, що підтверджує її валідність і придатність. Шкала MMSE складається з ряду

субтестів, які дозволяють швидко й ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, а також стан 12 короткотривалої, довготривалої пам'яті, функцію мови, гнозиса, праксиса. Загальний бал вираховується шляхом сумації балів по окремим субтестам.

Для оцінки психоемоційного стану пацієнтів використовувалась госпітальна шкала тривоги та депресії HADS, яка складається з двох частин – тривоги та депресії. Результати оцінювали за кількістю балів: 0-7 балів – відсутність ознак (тривоги або депресії), 8-10 балів – граничний стан, 11-21 бал – наявність патології.

Діагноз церебральний атеросклероз встановлено за результатами оцінки дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій, яке проводили на приладі «Sonoline Omnia» («Siemens», Німеччина) по стандартній методиці.

Біохімічне дослідження крові проводили за загальноприйнятими методиками. Концентрацію в плазмі крові глюкози, креатиніну, сечової кислоти (СК), С-реактивного протеїну (СРП), показників ліпідного спектру визначали з використанням відповідних тест-систем на біохімічному аналізаторі «Biosystems A 25" (Іспанія). В нашому дослідженні визначено окремі фактори ризику цереброваскулярних захворювань у військових та цивільних осіб (табл. 5.1, 5.2).

Таблиця 5.1. Характеристика обстежених пацієнтів

Показник	Частота виявлення	
	військові (n=50)	цивільні (n=50)
Обтяжена спадковість щодо ССЗ, % (n)	36,0 (18)	42,0 (21)
Перенесена ЧМТ (струс головного мозку), %	58,0 (29)	18,0 (9)
Перенесені ТІА/інсульти, % (n)	25,0 (50)	16,0 (32)
Церебральний атеросклероз, % (n)	78,0 (39)	60,0(30)
Цукровий діабет, % (n)	24,0 (12)	18,0 (9)
Підвищений ІМТ, % (n)	20,0 (10)	22,0 (11)
Паління, % (n)	86, (43)	75,0 (27)
Вживання алкоголю, % (n)	28, (56)	84,0 (42)
Наявність тривоги/депресії, % (n)	90,0 (45)	72,0(36)
Дисліпідемія, % (n)	90,0 (45)	72,0 (36)
Скарги на когнітивну дисфункцію, % (n)	94,0 (47)	50,0 (25)
ІМТ, кг/м^2	28 ± 2	32 ± 1,8

Основними традиційними факторами ризику цереброваскулярної патології є артеріальна гіпертензія, травма головного мозку, церебральний атеросклероз, цукровий діабет (табл. 5.2).

Таблиця 5.2. Фактори ризику церебро-васкулярних захворювань

Назва нозології	Військові		Цивільні	
	n	%	n	%
ЦД	12	24,0	9	18,0
Церебральний атеросклероз	39	78,0	30	60,0*
АГ	50	100,0	50	100,0
Інсульт/ТІА	25	50,0	16	32,0*
Примітка: * - показник достовірності в порівнянні між групами $p < 0,05$				

У всіх пацієнтів попередньо діагностовано артеріальну гіпертензію. У групі військових середній рівень САТ склав (154±1,8) мм.рт.ст., а ДАТ (89±2,0); у групі порівняння САТ - (142±2,0), ДАТ - (84±1,5). Особливістю АГ у військових була варіабельність АТ протягом доби, підвищення САТ в нічний час, наявність вегетативних симптомів. Згідно з даними досліджень, підвищений ризик гіпертонії серед осіб, які брали участь у бойових діях, але не отримали тяжких поранень може бути пов'язано з підвищеною активацією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової вісі після впливу стресових умов, включаючи бойові дії. Повторна її активація у відповідь на високо-стресові умови пов'язана з хронічним виробленням прозапальних цитокінів, що сприяють підвищенню артеріального тиску.

Пошкодження паренхіми мозку, навіть внаслідок легкої ЧМТ, призводить до вивільнення катехоламінів, підвищення внутрішньо-черепного тиску, активації гіпоталамічних нейроендокринних шляхів, активації симпато-адреналової системи, пошкодження нейроваскулярного юніту.

Ще один із шляхів розвитку сталої АГ, через який може діяти стресовий вплив, полягає в розвитку специфічних психічних проблем. Стан психічного здоров'я (наприклад тривожний або депресивний розлад) та поведінкові зміни, зокрема збільшення ІМТ, паління, вживання алкоголю, не раціональне фізичне навантаження, сприяють додатковому ризику розвитку артеріальної гіпертензії.

Наступним вагомим фактором ризику ЦВХ є церебральний атеросклероз. За даними УЗДГ судин голови та шиї церебральний атеросклероз з наявністю атеросклеротичних бляшок виявлено у 78 % в першій групі та 60 % другій. Атеросклеротичні бляшки зі стенозом сонних артерій <50 % але >20 % за шкалою ECST переважали в першій групі дослідження. Стенози >50 % за шкалою NSCET діагностовано у 7 пацієнтів першої групи і у 3 другої.

Можливо, атеросклероз у комбатантів пов’язаний з ЧМТ, яка призводить до розвитку системного запалення, пошкодження гематоенцефалічного бар’єру, активації моноцитів та нейтрофілів, а також підвищення ендотеліальної адгезії. Дистрес, психічні та психосоматичні розлади у поєднанні зі зміною способу життя, додають внесок у ризик розвитку церебрального атеросклерозу.

В дослідженні, вперше встановлений діагноз цукровий діабет 2-го типу (ЦД 2), привалював у групі військових. Розвиток ЦД 2 у людей, що перебувають в умовах активних бойових дій - очікуваний результат, оскільки хронічний стрес, психоемоційне напруження, не регулярне та нездорове харчування, порушення ритму сну при надмірній вазі та спадковій схильності, сприяють початку ЦД. Стресовий досвід активує гіпоталамо-гіпофізарну вісь, що призводить до надмірного вироблення кортизолу, центрального розподілу жиру в організмі, інсуліно-резистентності та пов'язаних з цим метаболічних порушень.

В дослідженні показники ГПМК (інсульт/ТІА) достовірно вищі в групі військовослужбовців (25 проти 16). У 12 осіб встановлено діагноз ТІА у каротидних та вертебро-базилярному басейнах, у двох - геморагічний інсульт, у восьми - лакунарні інсульти в обох гемісферах головного мозку, у трьох - інсульти не лакунарні (>1,5мм) в лівій гемісфері головного мозку та мозочку. За тяжкістю інсульти легкі або середньої тяжкості (NIHSS 3-9 балів). За шкалою Ренкін - 1-2 бали.

Вивчалися механізми та фактори, пов'язані з вищим ризиком інсульту в групі військових. Отримані результати продемонстрували, що військові з ГПМК (інсульт/ТІА) перенесли легку ЧМТ в анамнезі, яка безпосередньо може бути фактором ризику інсульту/ТІА. Досліджувані мали коморбідні фактори ризику: гіпертензію, церебральний атеросклероз, дисліпідемію, куріння, обтяжений сімейний анамнез, депресію. Окрім того, нездоровий спосіб життя: не раціональне харчування, надважкі фізичні навантаження,

психоемоційні розлади та порушення ритму сну, вірогідно сприяли ризику розвитку ГПМК.

Військовослужбовці стикаються з унікальним набором факторів ризику, які можуть збільшити ризик розвитку деменції. ЧМТ та ПТСР мають вищу поширеність у групі комбатантів порівняно з цивільним населенням. Доведено, що ЧМТ збільшує ризик розвитку хвороби Альцгеймера. хвороби Паркінсона, деменції з тільцями Леві та інших нейродегенеративних розладів. Було встановлено кореляцію між ПТСР та деменцією, проте залишається незрозумілим, чи є це причинно-наслідковим зв'язком. Такі фактори, як вибух, бойові дії та вплив хімічних речовин, разом із діагнозом ЧМТ, можуть впливати на ризик розвитку когнітивних порушень.

В нашому дослідженні діагностовано легкі когнітивні порушення (ЛКП) в обох групах , але в групі військовослужбовців їх достовірно більше: 38 осіб (76 %) проти 29 (58 %) (табл. 5.3).

Аналіз результатів тестування за шкалою MMSE виявив порушення в групі військовослужбовців у таких доменах як, перцептивно-моторна функція (візуально – конструктивне мислення), пам’ять (відкладене повторення), увага (тривала увага, швидкість обробки інформації), мова, виконавчі функції (оперативна пам'ять, планування). В той час, як у групі переважали порушення в доменах увага та пам'ять.

Таблиця 5.3. Когнітивні порушення

Когнітивна функція (шкала MMSE), бали	Військові		Цивільні	
	n	%	n	%
Легкі когнітивні порушення (28-25)	38	76,0	29	58,0*
Деменція (< 24)	0	0	1	2,0
Примітка: * - показник достовірності у порівнянні між групами p < 0,05				

В більшості випадків вагомими факторами ризику когнітивних порушень у групі військовослужбовців залишаються АГ, ЦД, метаболічний синдром, депресивні розлади та депривація сну, які діагностовано.

В дослідженні всі пацієнти були протестовані за валідною госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS. В групі військовослужбовців достовірно був вищим рівень депресивного синдрому - 76 % (38 осіб) проти 56 % (28) у групі цивільних. Субклінічно виражений депресивний синдром серед військових діагностовано у 38 % (19), клінічно виражений - у 26 % (13); в групі цивільних осіб субклінічний депресивний синдром у 44 % (22), а у 12 % (6) – клінічний.

Тривожний синдром частіше фіксувався у групі цивільних: 78 % (39) проти 60 % (30). Клінічно виражена тривога також вища у цивільних порівняно з військовими: 50 % (25) проти 30 % (15) (табл. 5.4).

Визначення факторів ризику цереброваскулярних захворювань у військовослужбовців, їх стратифікація та корекція допоможуть у боротьбі з інсультами та деменцією у захисників України.

Таблиця 5.4. Рівень тривоги/депресії за шкалою HADS

Показник	Рівень (бали)	Військові		цивільні	
		n	%	n	%
Тривога	є тривога	30	60,0	39	78,0*
	8-10 балів вказує на субклінічно виражену тривогу	15	30,0	14	28,0
	11 і вище балів свідчить про клінічно виражену тривогу	15	30,0	25	50,0*
Депресія	є депресія	38	76,0	28	56,0*
	8-10 балів вказує на субклінічно виражену тривогу або депресію	19	38,0	22	44,0
	11 і вище балів свідчить про клінічно виражену тривогу або депресію	13	26,0	6	12,0*
Примітка: * - показник достовірності у порівнянні між групами $p < 0,05$					

5.3.2. Дослідження психологічного стану пацієнтів на третинному етапі медичної допомоги

5.3.2.1. Актуальність оцінки та корекції психологічного стану пацієнта

До складу Центру профілактичної медицини, соціальної кардіології та медико-соціальної реабілітації ДУ ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д. Стражеска» входить кабінет оцінки та корекції психологічного стану пацієнта. У ньому на практиці реалізується сучасний комплексний підхід надання допомоги хворим з коморбідною патологією, тобто враховуються не тільки дані клінічних протоколів та досліджень при виборі тактики лікування, а також аналізуються дані про особистість пацієнта, особливості стилю його життя, спадковість тощо.

Останні десятиліття спостерігається невпинне зростання соматичних та непсихотичних психічних розладів, що розвиваються у хворих з гіпертонічною хворобою, ревматоїдним артритом, цереброваскулярними порушеннями, ішемічною хворобою серця, порушеннями серцевого ритму та іншими. Такі розлади відносяться до класичних психосоматичних, так як своїм стресовим впливом сприяють розвитку вказаних вище патологій ССЗ. Особливості життя в Україні, де з 2014 року тривають воєнні дії та пандемія COVID-19, стають підґрунтям перманентного стресу у людей, що негативно впливає на стан їх здоров'я.

Позитивом є те, що такі люди мають можливість в нашому ННЦ отримати фахову консультацію та допомогу не тільки кардіолога, а й психотерапевта, що особливо актуально.

5.3.2.2. Результати дослідження

До кабінету оцінки та корекції психологічного стану звертаються пацієнти за направленням лікарів поліклініки, стаціонарних відділень ННЦ,

або за госпрозрахунком - люди, що не мають кардіологічної патології, але потребують консультації психотерапевта.

За період від 01.01.2025 р. до 01.11.2025 р. в кабінет звернулося 194 пацієнти. З них, за госпрозрахунком – 30.

Серед найбільш поширених причин направлення та звернення - порушення сну у вигляді складнощів засинання, поверхневого, неспокійного сну, безсоння або навпаки - достатньої кількості сну за тривалістю, але без відчуття відновлення та відпочинку після пробудження. Порушення настрою у вигляді нестійкого, мінливого настрою, підвищеної дратівливості, або сталого зниження настрою, апатії, втрати цікавості та сенсів життя. Тривожні розлади - у вигляді нападів підвищеної тривожності, що супроводжувалися підвищенням артеріального тиску, порушенням серцевого ритму, різноманітними неприємними відчуттями в тілі, відчуттям паніки, страхом смерті або катастрофи. Порушення пам'яті та концентрації уваги, внаслідок тривалого впливу стресу.

Військові (51 особа за звітній період), найчастіше зверталися зі скаргами на стійке, тривале порушення сну у вигляді безсоння або неспокійного сну, кошмарних сновидінь, що відтворювали пережите на полі бою. Нестійкий настрій, напади роздратування, агресії. Стійкий головний біль, хронічний больовий синдром, погіршення пам’яті та концентрації уваги. Замкнутість, недовірливість до оточуючих, особливо, цивільних. Небажання спілкуватися з кимось, крім побратимів, відчуття провини за загибель товаришів.

Інші постраждалі від війни особи – всього 92 особи. Серед них 32 людини вимушених переселенців, які втратили житло через обстріли; родичі військових, або тих, хто перебуває у полоні чи окупації. У цій групі пацієнтів переважали скарги на постійне відчуття тривоги, небезпеки, невпинні думки про родичів, що на полі болю, у полоні чи окупації. Порушення сну, відсутність радості від життя, цікавості до подій, не пов’язаних із війною.

Решта людей, що зверталися на консультацію (51 особа), нібито, на їх думку, не пов’язували погіршення свого емоційного стану напряму із війною. Проте також відмічали загальне підвищення рівня фонової тривоги, відчуття постійної небезпеки, складнощі ухвалювати важливі рішення, планувати життя на тривалий термін. Контекст війни ще більше загострив вже наявні тривожні або депресивні розлади.

Звісно, скарги пацієнтів, їхні симптоми та вираженість порушень залежали не тільки від стану загального здоров'я, наявності спадковості по психічних захворюваннях, особливостей характеру та індивідуального рівня стресостійкості, а й від тих життєвих контекстів, у яких вони перебували.

Пацієнти, що зверталися на консультацію до психотерапевта мали наступні соматичні діагнози:

ГХ - 84;

ІХС, стенокардія – 16;

Порушення серцевого ритму - 7;

Міокардит - 10;

Ревматологія – 11;

Порушення адаптації – 27;

Посттравматичний стресовий розлад – 33;

Інші патології – 6.

Під час консультації, з пацієнтами проводилася діагностика психічного стану за допомогою клінічного інтерв’ю, стандартизованих шкал (GAD-7, PHQ-9, HADS, PCL-5), та анкети, розробленої у відділі. За результатами консультації ухвалювалося рішення про необхідність психофармакологічного лікування, вирішувалося питання про вид та обсяг психотерапевтичної допомоги. Враховувалась вираженість симптомів, анамнез захворювання та життя, соматичний стан, коморбідність, основний

(кардіологічний чи ревматологічний діагноз), наявність протипоказань (ДОДАТОК А, анкета).

У залежності від вищеописаних факторів призначалося лікування: рослинні протитривожні або заспокійливі препарати, антидепресанти (переважно групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, також агомелатин, міансерин, дулоксетин), анксіолітики (буспірон, гідроксизин), у деяких випадках - невеликі дози нейролептиків (кветіапін, рисперидон, хлорпротиксен). Також призначалися комплекси вітамінів групи В (В1, В6, В12) для підвищення стресостійкості, зниження тривожності, покращення пам'яті, концентрації уваги, засвоєння інформації.

Крім медикаментозного лікування, з пацієнтами проводилася робота з психоедукації, обговорення тих копінг-стратегій, що використовуються, та їх ефективності, пошук більш оптимальних. Також робився акцент на техніках саморегуляції - дихальні практики, м'язова релаксація, тілесно-орієнтована робота. Також приділялася увага роботі з емоційним інтелектом, підвищенню емоційної компетентності. Психотерапевтична робота також була спрямована на зниження тривожності, стабілізацію настрою, покращення сну, засвоєння конструктивних стратегій опанування стресу, підвищення стресостійкості та прихильності до лікування.

Внаслідок проведеної роботи пацієнти відчували покращення самопочуття, зниження тривожності, покращення сну. На тлі психотерапевтичного лікування підвищувалась прихильність до основної терапії та її ефективність.

Особливо яскраво такий ефект відмічався у групі пацієнтів з гіпертонічною хворобою, адже вони починали помічати зв’язок емоційного стану та підвищення артеріального тиску, а з допомогою рекомендацій по медикаментозному лікуванню і опануванню технік саморегуляції, навчалися контролювати ці процеси.

У групі військовослужбовців вдалося покращити сон, знизити тривожність, вирівняти фон настрою. Пацієнти з цією групи отримали рекомендації для подальшого лікування, з урахуванням високого ступеня невизначеності та низької передбачуваності в умовах служби у війську.

Пацієнти з групи, що не мали суттєвих проблем із серцем, з діагнозом «Порушення адаптації» внаслідок руйнівного впливу воєнних дій на психічне здоров'я, отримували допомогу з акцентом на психотерапію, опрацювання травматичного досвіду, пошук нових сенсів життя після пережитих негараздів.

Пацієнти з іншими кардіологічними та ревматологічними захворюваннями переважно отримували корекцію коморбідних до основного захворювання тривожних та депресивних розладів. Їм призначалася психологічна фармакотерапія, у межах можливостей соматичного стану, психоедукації, опанувань техніки саморегуляції.

5.4. Висновки. Рекомендації

1. Аналіз перебігу серцево-судинних захворювань та психічних порушень у хворих із супутніми розладами в умовах воєнного стану, показав:

- Зростання соціальної напруги і стресової ситуації на популяційному рівні, а саме: збільшення тривожних і депресивних розладів, погіршення прогнозу соціально значущої соматичної патології, зокрема хвороб системи кровообігу; тривожно-депресивні соматизовані розлади не тільки прискорюють розвиток ускладнень від них (інфаркти, інсульти), але й впливають на тривалість і якість життя.

- Основними групами ризику є люди із супутніми захворюваннями: тромбоемболією легеневої артерії, ішемією міокарда, цукровим діабетом, ожирінням, артеріальною гіпертензією, патологією нирок, гепатитом, аутоімунними хворобами, такими як розсіяний склероз, ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, системний червоний вовчок тощо.

- Гострий респіраторний дистрес-синдром розвивається у 20-30 %; порушення ритму – 17 %: частіше тахікардія, але і брадікардія (16 %); шок – 9 %; гостре ушкодження міокарда – 7 %; гостре ушкодження нирок – 4 %, також серцева недостатність, інфаркт міокарда, зупинки серця, міокардит.

2. За результатами дослідження стану здоров'я УБД, інших категорій військових різних формувань, які звернулися за медичною допомогою на третинному етапі, встановлено, що наслідки триваючих бойових дій значно збільшили когорту осіб, які потребують кардіологічної допомоги високого рівня:

- Перші місця по госпіталізації посідають хворі з порушенням ритму та провідності серця (18,5 %), атеросклерозу та ІХС (18,3 %), некоронарогенними хворобами серця, зокрема з міокардитами (17,3 %), гіпертонічною хворобою серця (16,3 %).

- Більшість із тих, хто звернувся за медичної допомогою, зазнали посттравматичного стресового розладу та розладу адаптації, що суттєво вплинуло на погіршення не тільки психічного здоров'я, а і на зростання гострих кардіальних станів.

- Недооцінка зазначеного вище, веде до значного зростання серцево-судинної патології серед осіб працездатного віку.

3. У дослідженні вивчались фактори ризику цереброваскулярних захворювань, когнітивні порушення, наявність тривоги та депресії у цивільних та військовослужбовців.

- В групі військовослужбовців у порівнянні з цивільними особами визначено: вищий рівень ЦД 2 типу (24 % проти 18 %), достовірно вищий рівень церебрального атеросклерозу (78 % проти 60 %), ГПМК (інсульт/ТІА) - 50 % проти 32 %.

- Причиною високого ризику цереброваскулярних захворювань у військових є легка ЧМТ, наявність традиційних факторів ризику (АГ, ЦД, церебральний атеросклероз), нездоровий спосіб життя (не раціональне харчування), надважкі фізичні навантаження, хронічна стресорна ситуація, дерпивація сну.

- Визначено достовірно вищий рівень легких когнітивних порушень за шкалою MMSE у доменах перцептивно-моторна функція у групі військовослужбовців, порівняно з цивільними особами (76 % проти 58 %) - пам'ять; увага; мова; виконавчі функції, що вірогідно обумовлено перенесеною легкою ЧМТ, дистресом, депресивним синдромом.

- В групі військових достовірно вищий рівень *депресивного синдрому* - 76 % (38 осіб) проти 56 % (28) у групі цивільних. *Субклінічно* виражений депресивний синдром у військових діагностовано у 38 % (19), *клінічно* виражений - у 26 % (13). В групі цивільних осіб *субклінічний* депресивний синдром виявлено у 44 % (22), а у 12 % (6) – *клінічний*.

Тривожний синдром частіше фіксувався у групі цивільних: 78 % (39) проти 60 % (30). *Клінічно виражена тривога* також вища у цивільних: 50 % (25) проти 30 % (15) у військових.

Таким чином, у структурі психоемоційних порушень в групі військовослужбовців переважав депресивний синдром, в той час як у цивільних осіб превалювала тривога, що обумовлює більш виражений рівень когнітивної дисфункції у військовослужбовців, оскільки депресія є достовірним фактором ризику розвиту когнітивних порушень та деменції.

- Визначення факторів ризику цереброваскулярних захворювань у військовослужбовців, їх стратифікація та корекція допоможуть у боротьбі з інсультами та деменцією у захисників України.

4. Особливості життя в Україні, де з 2014 року тривають воєнні дії, стають підґрунтям перманентного стресу у людей, що негативно впливає на стан їх здоров'я.

- Спостерігається невпинне зростання соматичних та непсихотичних психічних розладів, що розвиваються у хворих з гіпертонічною хворобою, ревматоїдним артритом, цереброваскулярними порушеннями, ішемічною хворобою серця, порушеннями серцевого ритму та іншими. Такі розлади відносяться до класичних психосоматичних, так як своїм стресовим впливом сприяють розвитку вказаних вище патологій ССЗ.

- Серед найбільш поширених причин тривожних і депресивних розладів переважали: емоційне та фізичне перенапруження через війну, тривога через нестабільність та непередбачуваність життя, страх за своє життя та безпеку, переживання за своїх рідних та близьких, страх за їхнє життя та безпеку.

- Військовослужбовці найчастіше скаржилися на стійке порушення сну, підвищену тривожність, дратівливість, нестійкий, мінливий настрій; появу кошмарних сновидінь, що відтворювали події, пережиті на бойових позиціях, наявність флеш беків подій на полі бою, зміну особистості у бік

недовірливості, замкненості, небажання спілкуватися з іншими людьми, крім своїх побратимів.

- У залежності від вищеописаних факторів призначалося лікування:

а) медикаментозне (рослинні препарати, антидепресанти, анксіолітики, невеликі дози нейролептиків, комплекси вітамінів;

б) психотерапевтична робота з психоедукації (копінг-стратегії, техніка саморегуляції, підвищення емоційної компетентності, конструктивні стратегії опанування стресу, підвищення стресостійкості).

в) найбільша ефективність лікування спостерігалася у групі пацієнтів з гіпертонічною хворобою.

г) у групі військовослужбовців вдалося покращити сон, знизити тривожність, вирівняти фон настрою.

д) пацієнти з діагнозом «Порушення адаптації» внаслідок руйнівного впливу воєнних дій на психічне здоров'я, отримали допомогу з акцентом на психотерапію, опрацювання травматичного досвіду, пошук нових сенсів життя після пережитих негараздів.

е) пацієнти з іншими кардіологічними та ревматологічними захворюваннями отримали корекцію коморбідних до основного захворювання тривожних та депресивних розладів (призначалася психологічна фармакотерапія).

5. Дослідження по вивченню впливу наслідків воєнних дій стане підґрунтям у розробці індивідуальної профілактики та комплексного надання медичної допомоги хворим із ССЗ і супутніми розладами, та висловити наступні клінічні рекомендації:

- Сприяти у проведенні консультації психотерапевта у межах стаціонарного або амбулаторного лікування кардіологічних або ревматологічних пацієнтів, що буде мати позитивний ефект у процесі лікування, підвищувати прихильність до основної терапії, покращувати

суб'єктивне самопочуття та об'єктивний стан пацієнтів, за рахунок корекції коморбідних непсихотичних психічних розладів.

- Особливої актуальності така допомога набуває під час воєнних дій, коли актуальні питання фізичного та ментального здоров’я загострюються.

- Постійно проводити роботу над підвищенням стресостійкості, шляхом опанування конструктивних та дієвих копінг-стратегій, що особливого важливо у ситуаціях, коли мирне життя людей зруйноване, майбутнє непевне, непередбачуване, а теперішній час пов'язаний із постійною небезпекою для життя та здоров’я.

Подальше дослідження наслідків впливу збройного конфлікту сприятиме покращанню лікування, реабілітації і профілактиці відстрочених порушень ментального та фізичного здоров’я, пов’язаних із пандеміями та воєнними діями.

суб'єктивне самопочуття та об'єктивний стан пацієнтів, за рахунок корекції коморбідних непсихотичних психічних розладів.

- Особливої актуальності така допомога набуває під час воєнних дій, коли актуальні питання фізичного та ментального здоров’я загострюються.

- Постійно проводити роботу над підвищенням стресостійкості, шляхом опанування конструктивних та дієвих копінг-стратегій, що особливого важливо у ситуаціях, коли мирне життя людей зруйноване, майбутнє непевне, непередбачуване, а теперішній час пов'язаний із постійною небезпекою для життя та здоров’я.

Подальше дослідження наслідків впливу збройного конфлікту сприятиме покращанню лікування, реабілітації і профілактиці відстрочених порушень ментального та фізичного здоров’я, пов’язаних із пандеміями та воєнними діями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Global health estimates 2021. Geneva: World Health Organization; [in press] (https://www.who.int/data/global_health-estimates).
2. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development: resolution/ adopted by the General Assembly. New York: United Nations; 2017 (A/RES/71/313; https://digitallibrary.un.org/ record/1291226?v=pdf).
3. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023 (https:// iris.who.int/handle/10665/366225). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Levels & trends in child mortality: report 2023. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, Geneva, Washington, DC: United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2024 (https:// childmortality.org/wp-content/uploads/2024/03/UNIGME/2023-Child-Mortality-Report.pdf)
5. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://iris.who.int/ handle/10665/375016). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Improving global road safety: resolution/adopted by the General Assembly. New York: United Nations; 2020 (A/RES/74/299; https://digitallibrary.un.org/ record/3879711.
7. Improving global road safety: resolution/adopted by the General Assembly. New York: United Nations; 2010 (A/RES/64/255; https://digitallibrary.un.org/ record/684031.
8. Air pollution data portal. The global health observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; (https://www.who.int/data/gho/data/ themes/air-pollution).

9. Burden of disease attributable to unsafe drinking_water, sanitation and hygiene, 2019 update. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://iris.who.int/ handle/10665/370026). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/ handle/10665/364834). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Smythe T, Kuper H. The association between disability and all-cause mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2024;12(5):e756-70 (https://doi.org/10.1016/ S2214-109X(24)00042-1).
12. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry. 2011;199(6):453-8 (https://doi.org/10.1192/bjp. bp.110.085100).
13. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. Lancet. 2014;383(9920):889-95 (https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(13)62026-7).
14. Kuper H, Smythe T. Are people with disabilities at higher risk of COVID-19-related mortality?: a systematic review and meta-analysis. Public Health. 2023;222:115-24 (https://doi. org/10.1016/j.puhe.2023.06.032).
15. European health interview survey: Luxembourg [website]. Eurostat; n.d. (https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey, accessed 14 July 2023).
16. Andiwijaya FR, Davey C, Bessame K, Ndong A, Kuper H. Disability and participation in breast and cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(15):9465 (https://doi. org/10.3390/ijerph19159465).

17. Seen, counted, included: using data to shed light on the well_being of children with disabilities. New York: United Nations Children's Fund; 2021 (https://data.unicef.org/resources/ children-with-disabilities-report-2021/).
18. EU statistics on income and living conditions: Luxembourg [website]. Eurostat; n.d. (https://ec.europa.eu/eurostat/web/ microdata/european-union-statistics-on-income-and-living_conditions, accessed 14 July 2023).
19. Model disability survey [website]. Geneva: World Health Organization; n.d. (https://www.who.int/activities/collection_of-data-on-disability, accessed 22 April 2024).
20. García-Cuéllar MM, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares_Montiel J. The prevalence of intimate partner violence against women with disabilities: a systematic review of the literature. Disabil Rehabil. 2023;45(1):1-8 (https://doi.org/10.1080/09638 288.2022.2025927).
21. International migrant stock 2020 [online database]. New York: United Nations Population Division; 2020 (https://www. un.org/development/desa/pd/content/ international-migrant_stock).
22. Cross-national comparisons of internal migration: an update on global patterns and trends. Technical Paper No. 2013/1. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2013 (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/ TP2013-1.pdf).
23. Refugee data finder [online database]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; n.d. (https://www. unhcr.org/refugee-statistics/, accessed 22 April 2024).
24. World report on the health of refugees and migrants. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/ handle/10665/360404). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
25. World report on the health of refugees and migrants: summary. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/360405). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

26. Доповідь Європейського бюро ВООЗ, 2024 // ЄРБ: www.who.int/europ.
27. Guidance on mental health policy and strategic action plans. - 24 March 2025 Guidance (normative).
28. The top 10 causes of death. – 7 August, 2024 p., WHO.
29. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.
30. Три года войны: растущая потребность в услугах психолого-психиатрической, травматологической и реабилитационной помощи / Пресс-релиз ВООЗ от 24 февраля 2025 г.
31. ВОЗ и ЕС укрепляют систему здравоохранения Украины в рамках партнерства с Генеральным директоратом по вопросам расширения и восточного соседства / Пресс-релиз ВООЗ от 12 февраля 202**6** г.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Корнацький В., Михальчук В., Дяченко Л. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань (стаття) / Світ медицини та біології. - № 1 (59). – 2017. – С.194 – 202.
37. 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.

38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. 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).
43. 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.
44. Манойленко Т.С., Дорохіна А.М., Ревенько І.Л. та співавт. За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Стан здоровя народу України в умовах війни (посібник) / Київ. – 2022 р. – СПД ФО "Коломіцин В.Ю." - 219 с.

45. 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
46. 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.
47. Манойленко Т.С., Кириченко А.Г., Корнацький Ю.В. та співавт. За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Динаміка стану здоров'я населення в умовах війни в Україні / Видавець Третяков О.М. - Черкаси. – 2024 р. – 100 с.
48. Європейська база даних ЗДВ, оновлення 21 жовтня 2025 року.
49. Європейська деталізована база даних по смертності (ЄДБДС, 2017 р.).
50. World Population Prospects 2019, сайт ВООЗ, 2019 р.
51. Prevention and epidemiology European Society of Cardiology Cardiovascular Disease Statistics 2017 / European Heart Journal (2018) 39, 508-577.
52. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2024 г.: (25.02.2025 р.): "Сохранить первоочередное внимание к вопросам здоровья" / Группа ВОЗ: Second European Programme of Work (EPW2), Data and Digital Health (DDH), ВОЗ Европа / Редакторы: World Health Organization. Regional Office for Europe (2025) ISBN: 9789289061759.
53. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals / World Health Organization; 21.05. 2024. – 96 p. / ISBN 978-92-4-009470-3 (electronic version); ISBN 978-92-4-009471-0 (print version).
54. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117low- and middle-income countries /R. McBain, C. Salhi, J. E. Morris [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 201, N 6. – P. 444–450.
55. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди /П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісник психоневрології. – 2015. – Випуск 1. – С. 5–11.

56. Мехтієва Л. Г. Посттравматичний стресовий розлад у складні соціальні періоди / Л. Г. Мехтієва // Психічне здоров'я. – 2014. – № 1. – С.18-23.
57. МКБ 10 Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду. Кризіна Н. Право українського народу на фізичне й психічне здоров'я та його охорону: юридичні гарантії реалізації / Н. Кризіна // Вісн. Нац. акад. держ. управління при Президентові України. – 2004. – №4. – С. 276–280.
58. Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients / B. Olivan-Blázquez, E. Rubio-Aranda, O. García-Sanz, R. Magallón-Botaya // Actas Esp. Psiquiatr. – 2016. – Vol. 44, N 2. – P. 55–63.
59. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences / L. Atwoli, D. J. Stein, K. C. Koenen, K. A. McLaughlin // Curr. Opin. Psychiatry. – 2015. – Vol. 28, N 4. – P. 307–311.
60. Украине на зависть: Как в США реабилитируют ветеранов Корреспондент.net, 23 февраля 2015 г.
61. Nakane H. Trends in primary health version of ICD-11 / H. Nakane // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 2013. – Vol. 115, N 1. – P. 53–59.
62. Maxmen A. Stress: The privilege of health / A. Maxmen // Nature. – 2016. – Vol. 531, N 7594. – P. S58–S59.
63. Загуровський В. М. Стрес і його наслідки (догоспітальний і ранній госпітальний етапи). Медицина невідкладних станів. – 2014. – № 7.
64. Дослідження функціональних резервів організму у контексті орієнтації особистості у стресовій ситуації / А.В. Петрова, Д.А. Тарасов та співавт. // Медицина катастроф. – 2015. – № 1. – С.38-42.
65. Коханов В.П. Особливості психічних реакцій у населення, що постраждало внаслідок локального збройного конфлікту. Психіатрія та психофармакотерапія. – 2001. – № 4. – С. 120–123.
66. Солодков А.П. Стрес і артеріальна гіпертензія / А.П. Солодков, Л.Е. Бєляєва, С.С. Лазуко // Практикуючий лікар.-2013. - № 3.- С.78-80.
67. Priyadarshini S. Effects of psychological stress on innate immunity and metabolism in humans: a systematic analysis / S. Priyadarshini, P. Aich // PLoS One. – 2012. – Vol. 7, N 9. – Art. No e43232.

68. Хниченко К. Стрес і його роль у розвитку патологічних процесів / К. Хниченко, Н. Сапронов // Обзори по клінічній фармакології і лікувальній терапії. – 2003. – № 3. – С. 2–15.
69. Гончаров С. Ф. Актуальні теоретичні та практичні аспекти проблеми посттравматичних стресових розладів та шляхи її вирішення з урахуванням досвіду медицини катастроф / С.Ф. Гончаров, В.П. Коханов // Медицина катастроф. – 2013. – № 3. – С. 39–43.
70. Чабан О. С. Психосоматична медицина: аспекти діагностики та лікування / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. – Київ : Лтд, 2005. – 69 с.
71. Isenschmid B. Psychosomatic aspects of caring for diabetes / B. Isenschmid // Rev. Med. Suisse. – 2013. – Vol. 9, N 371. – P. 250–251.
72. Pommer P. Psychosomatic aspects / P. Pommer // Dtsch. Arztebl. Int. – 2016. – Vol. 113, N 26. – Art. No 462.
73. Wise T. N. Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization / T. N. Wise, R. Balon // Adv. Psychosom. Med. – 2015. – Vol. 34. – P. 1–9.
74. Fava G. A. The psychosomatic practice / G. A. Fava, J. Guidi, N. Sonino // Acta Derm. Venereol. – 2016. – Vol. 96, N 217. – P. 9–13.
75. De Jonge P. Depression deconstruction lessons from psychosomatic research / P. De Jonge // J. Psychosom. Res.–2011.–Vol. 71, N 2.– P.59–60.
76. Смулевич А. Б. Депресії при психічних та соматичних захворюваннях: Мед. інформаційна агенція (МІА), 2015. – 637 с.
77. Katon W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness / Q. J. Katon // Dialogues Clin. Neurosci.– 2011.– Vol. 13, N 1.
78. Реформа первинної медичної допомоги. Стратегія // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6. – С. 6-8.
79. Olde Hartman T.C. Depression prevention in primary care is not worthwhile / T.C. Olde Hartman, P.L. Lucassen // Ned. Tijdschr. Geneeskd. – 2016. – Vol. 160.
80. Крукевич О. О. Депресія з позиції та спостережень практичного лікаря / О.О. Крукевич. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2013. – 99 с.

81. Коваль І.А. Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами / І.А. Коваль // Проблеми сучасної психології. – 2013. – Випуск 21. – С. 258–267.
82. Старинець Н.Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини / Н.Г. Старинець // Вісник морфології. – 2013. – № 1. – С. 220–225.
83. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти / Л. Ф. Шестопалова // Гуманітарний часопис. - 2005. – № 1. – С. 103–108.
84. Колесников Д. Б. Сучасні погляди на психосоматичні захворювання. Клінічна медицина. – 2014. – № 7. – С. 12–18.
85. Клименко В. І. Організаційні заходи щодо профілактики хвороб системи кровообігу, коморбідно-пов'язаних зі стресом // Запорізький медичний журнал. – 2008. – № 2. – С.43-54.
86. Мульти-дисциплінарний підхід в організації надання психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги хворим з психосоматичними та сомато-психічними розладами / І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. – 2012. – Вип. 3, ч. 2. – С. 225.
87. Maxmen A. Stress: The privilege of health. Nature. 2016; 531 (7594): S58–S59. PMID: 26981730. DOI: 10.1038/531S58a.
88. Strauss M, Pierer M, Schönknecht P. Adjustment disorders in internal medicine diseases. Internist. 2012; 3 (11): 1271–2. PMID: 23052325. DOI: 10.1007/s00108-012-3066-x.
89. Denysenko Ju.A. Stan zdorovya naselennja suchasnoi Ukraine: sociologichnyi vimir. Suchasne suspil'stvo. 2012; 2: 143-9. [Ukrainian].
90. Kocalevent RD, Mierke A, Danzer G, Klapp BF. Adjustment disorders as a stress-related disorder: a longitudinal study of the associations among stress, resources, and mental health. PLoS One. 2014; 9 (5): Art. No e97303. https://DOI.org/10.1371/Journal.pone.0097303.
91. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry. 2010 Jul-Aug; 32 (4):3 45-59. PMID: 20633738. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006.

92. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. Psychopathology. 2007; 40: 135-46. PMID: 17284941. DOI: 10.1159/000099290.
93. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). Rehabil Psychol. 2011 Aug; 56 (3): 161-70. PMID: 21767036. DOI: 10.1037/a0024509.
94. Фізічне і психічне здоров'я: шляхи відновлення і збереження / Н. Г. Самойлов, А. В. Альошичева, В. Н. Лисяк, С. Н. Рощіна. – Харьків: С. А. М., 2013. – 232 с.
95. Izzy S, Chen PM, Tahir Z, Grashow R et al. Association of Traumatic Brain Injury With the Risk of Developing Chronic Cardiovascular, Endocrine, Neurological, and Psychiatric Disorders 2022 Apr 1;5(4):e229478. DOI: 10.1001/Jamanetworkopen.2022.9478.
96. Association Between Traumatic Brain Injury and Subsequent Cardiovascular Disease Among Post-9/11–Era Veterans.
97. Andrea L.C. Carrie B. Peltz, Yixia Li, Amber Bahorik, Raquel C. Gardner, Kristine Yaffe, SchneiderA Traumatic. Brain Injury and Long-Term Risk of Stroke Among US Military Veterans. Stroke Volume 54, Number /https: //doi.org/10.1161/strokeaha.123.042360.
98. McFarlane, T.D.; Love, J.; Hanley, S.; Dixon, B.E.; Hammond, F.M. Increased Risk of Stroke Among Young Adults with Serious Traumatic Brain Injury. J. Head. Trauma. Rehabil. 2020, *35*, E310-E319. Available online: https://journals.lww.com/10.1097/HTR.0000000000000539 (accessed on 19 October 2024).
99. Miley, J.T.; Rodriguez, G.J.; Qureshi, A.I. Traumatic intracranial aneurysm formation following closed head injury. *J.* Vasc. Interv. Neurol. 2008, 1, 79.
100. Choi, Y.; Jeon, J.; Ha, E.J.; Kim, C.K.; Gil Seo, H.; Oh, B.; Leigh, J. Elevated Risk of Stroke in Young Adults After Traumatic Brain Injury: A Nationwide Study of 1 Million Individuals. J. Am. Heart Assoc. 2024, 13, e033453

101. Liu, S.-W.; Huang, L.-C.; Chung, W.-F.; Chang, H.-K.; Wu, J.-C.; et al. Increased Risk of Stroke in Patients of Concussion: A Nationwide Cohort Study. Int. J. Environ. Res. Public. Health 2017, 14, 230.

102. Elser H.; Pappalardo L.W.; Gottesman R.F.; Coresh, J.; Diaz-Arrastia, R.; et al Head Injury and Risk of Incident Ischemic Stroke in Community-Dwelling Adults. Stroke 2024, *55*, 1562–1571. [Google Scholar] [CrossRef]

103. Izzy, S.; Chen, P.M.; Tahir, Z.; Grashow, R.; Radmanesh, F.; Cote, D.J.; Yahya, T.; et al. Association of Traumatic Brain Injury with the Risk of Developing Chronic Cardiovascular, Endocrine, Neurological, and Psychiatric Disorders. JAMA Netw. Open 2022, *5*, e229478.

104. Stewart, I.J.; Amuan, M.E.; Wang, C.P.; Kennedy, E.; Kenney, K.; et al. Association Between Traumatic Brain Injury and Subsequent Cardiovascular Disease Among Post-9/11–Era Veterans. JAMA Neurol. 2022, *79*, 1122. Available online: https://jamanetwork.com/ journals/jamaneurology/ fullarticle/ 2795817.

105. M Maan Al-Salihi, et al. Association Between Stroke and Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis NeuroSci 2025, 6*(*1), 21; https://doi.org/10.3390/neurosci6010021.

106. Забытые герои. Проблемы возвращения ветеранов к мирной жизни // Факти. Аналітика. Коментарі. Тенденції (14.09.2024 р.). https://fact-news.com.ua/ru/zabytye-geroi-problemy-vozvrascheniya-veteranov-k-mirnoy-zhizni.

107. Edgar Jones, Helen McCartney, Brian Everitt et al. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution / BMJ 2002*;* 324 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.321 (Published 09 February 2002) Cite this as: BMJ 2002;324:321

ДОДАТОК 1

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

Країна	**Тривалість життя (років)**					
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.	2022 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	75,6
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	83,1
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	83,2
Італія	77,20	78,39	79,75	81,58	82,8	82,2
Євросоюз	75,54	76,56	77,50	78,71	81,0	80,7

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.	2022 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	8,0
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	6,1
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	3,3
Італія	6,72	6,57	6,03	5,87	4,4	4,6
Євросоюз	7,07	7,07	6,55	6,12	5,1	5,6

*Приміт ка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 21 ж овт ня 2025 року*
Період охоплення: 1968-2022 роки

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	72,7	67,7	77,3	70,7	65,6	76,2
2020 рік								
71,35	66,39	76,22	71,8	66,9	76,4	70,3	65,4	75,6
2021 рік								
67,2	62,6	73,5	68,4	63,0	74,1	66,5	62,2	73,1

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	67,0	76,8
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	62,6	73,5

Таблиця 5. Динаміка народжуваності в країнах Європи*

Країна	Народжуваність (‰)					
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2016 р.	2023 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	9,0
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	8,1
Угорщина	12,1	10,8	9,6	9,7	9,5	8,9
Велика Британія	13,95	12,61	11,53	11,99	11,9	10,0
Німеччина	11,41	9,37	9,33	8,32	9,8	8,9
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	9,2
Греція	10,06	9,71	9,46	9,69	8,5	7,3
Швеція	14,48	11,71	10,19	11,22	11,7	9,5
Італія	10,07	9,18	9,54	9,45	7,7	6,7
Євросоюз	12,33	10,79	10,57	10,40	10,1	8,7

Таблиця 6. Загальний коефіцієнт смертності[1] (КС)* та показник смертності на 100 тис. населення (усі причини смерті)

Країна	Загальний **КС** (на 1000 населення)					Показник смертності (на 100 тис. населення)
	1990 р.	1995 р.	2000 р.	2005 р.	2020 р.	2022 р.
Україна	**12,19**	**15,46**	**15,39**	**16,66**	**14,0**	**948**
Російська Фед.	11,20	15,00	15,40	16,10	12,3	926
Білорусь	10,7	13,0	13,5	14,5	12,7	911
Польща	10,19	10,01	9,62	9,65	10,8	852
Угорщина	14,0	14,1	13,3	13,5	13,3	798
Велика Британія	11,21	11,12	10,33	9,68	10,3	570
Німеччина	11,61	10,83	10,21	10,07	11,8	541
Франція	9,27	9,14	9,01	8,65	9,1	455
Фінляндія	10,04	9,66	9,53	9,10	9,8	498
Нідерланди	8,62	8,78	8,82	8,36	9,6	513
Греція	9,27	9,58	9,63	9,46	11,7	526
Швеція	11,12	10,61	10,54	10,16	9,1	447
Італія	9,43	9,72	9,84	9,48	10,8	496
Євросоюз	10,36	10,22	10,01	9,81	10,5	580

*Приміт ка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 21 ж овт ня 2025 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
Чисельність населення, млн. осіб:											
- наявного	48,9	46,9	45,8	45,4	42,9	42,8	42,6	42,27	41,9	41,58	41,16
Загальні коефіцієнти (у розрахунку на 1000 осіб)											
Смертність	15,5	16,7	15,2	14,6	14,7	13,9	14,7	14,8	14,7	15,9	18,5
Народжува-ність	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
Середня очікувана тривалість життя в Україні (роки)											
Ж + Ч	67,63	67,25	70,27	70,60	71,4	71,5	71,0	71,8	72,0	71,3	67,2
Жінки	73,25	73,35	75,20	74,90	76,4	75,7	75,3	76,7	77,0	76,2	73,5
Чоловіки	62,01	61,46	66,21	66,0	66,3	67,1	66,5	66,7	66,9	66,4	62,6
Сальдо міграції (%)	-46,6	+4,6	+14,5	+ 7,0	+ 5,3	+ 3,7	+ 4,1	+ 3,9	+ 3,1	+ 3,5	+ 7,5

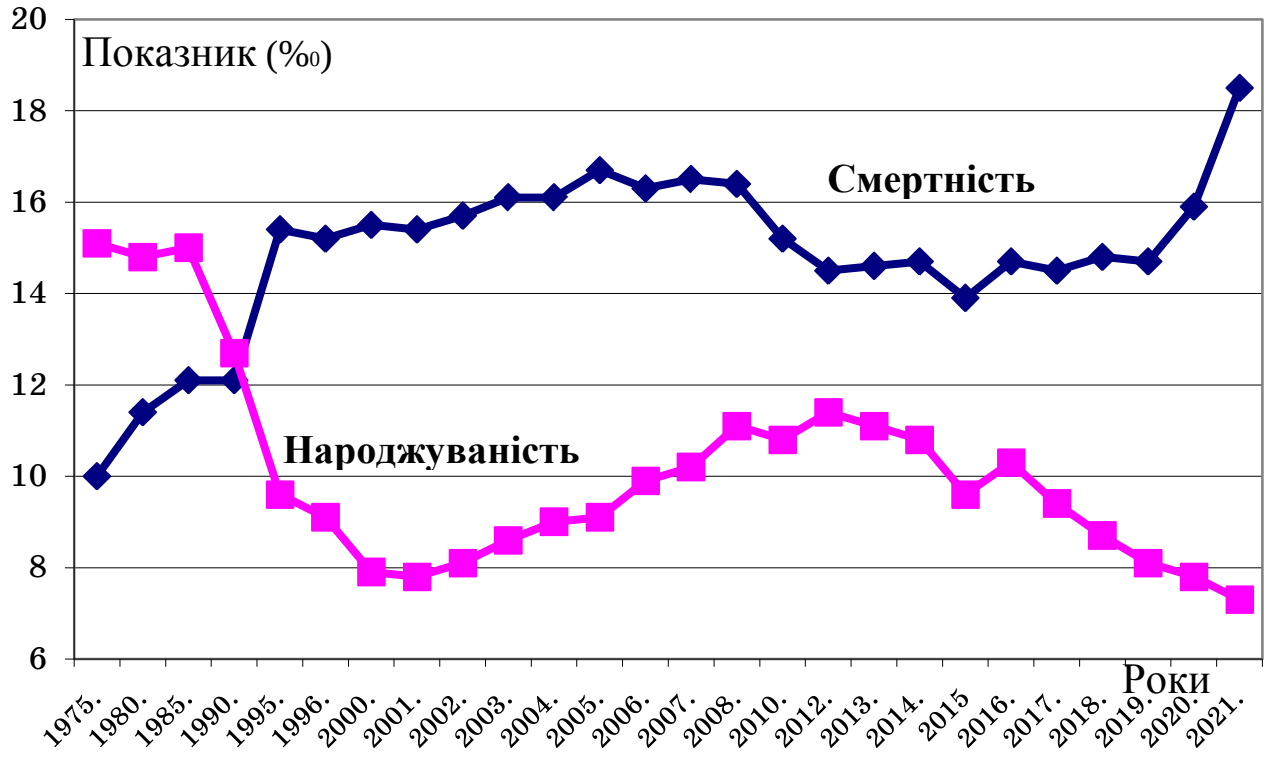


Рис. 1. Динаміка народжуваності та смертності населення України за період 1975-2021 роки

Таблиця 9. Показники тривалості життя та смертності в Україні і Європі (наявні дані за 2022 рік)

Показник	Україна	Європа	Країни Євросоюзу
Тривалість життя	73,3	78,3	80,7
Смертність населення усіх вікових груп на 100 000 населення:			
Усі причини смерті	948	695	580
Хвороби системи кровообігу	586	272	175
Ішемічна хвороба серця	399	121	62
Судинні ураження мозку	115	64	37
Інші хвороби системи кровообігу	72	86	77

*Примітка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 21 жовтня 2025 року*
Період охоплення: 1968-2024 роки



Рис. 2. Основні причини смерті у світі, до пандемії COVID-19

Таблиця 10. Стандартизований за віком і статтю коефіцієнт смертності[1] від **хвороб системи кровообігу** (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0-64 роки			
	1995	2000	2016	2022	1995	2000	2016	2022
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	269	133,6	105,4	71	57
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	92	35,6	32,1	20	19
Фінляндія	354,0	291,8	182	150	73,4	62,2	36	31
Нідерланди	269,3	233,8	124	105	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	123	49,8	40,4	24	18
Італія	269,9	231,8	152	132	46,1	37,6	24	20
Євросоюз	331,5	281,0	190	175	69,2	55,6	38	35

*Приміт ка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 21 ж овт ня 2025 року*
Період охоплення: 1968-2024 роки

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**
Інсульти (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
Інсульти (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 смертності[1] від **ішемічної хвороби серця** (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0-64 роки			
	1995	2000	2016	2022	1995	2000	2016	2022
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	109	51,9	45,4	20	24
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	23	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	25	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	43	30,8	23,5	12	9
Італія	87,3	73,8	49	39	20,0	15,5	9	8
Євросоюз	129,4	111,8	67	62	34,3	26,8	16	15

Таблиця 15. Стандартизований за віком і статтю коефіцієнт смертності[1] від **судинних уражень мозку** (на 100 000 населення)*

Країна	Серед усього населення				0-64 роки			
	1995	2000	2016	2022	1995	2000	2016	2022
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	48	22,9	23,8	12	11,4
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	3,8
Фінляндія	90,9	66,9	40	31	14,3	11,5	6,8	5,0
Нідерланди	62,0	56,1	30	26	8,9	8,2	4,1	3,7
Греція	122,9	108,7	54	44	13,7	12,6	7,5	6,7
Швеція	61,0	58,1	30	21	7,9	7,3	3,5	2,6
Італія	74,9	63,0	38	33	9,5	7,2	4,3	4,2
Євросоюз	80,5	69,6	42	37	13,2	10,9	7	6,5

*Приміт ка: * ЄБД «Здоров'я для всіх», оновлення – 21 ж овт ня 2025 року*
Період охоплення: 1968-2024 роки

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 ХІХС	-	-	-	-	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 ХІХС	-	-	-	-	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		
Інсульти (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		
Інсульти (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		субарахної-дальний 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 смертності[1] (СКС) (на 100000 населення) в Європі у 2020 р.*

Країна	СКС, усі причини	СКС, злоякісні новоутво-рення	СКС, інфекційні та паразитарні хвороби	СКС, психічні розлади, хв. нервової системи, ін.	СКС, х-би ендокрин-ної 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 – 21 жовтня 2025 року*

Таблиця 25. Структура смертності населення світу (дані ВООЗ, 2018 р.)

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
злоякісні 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	Злоякісні 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
Гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)	95189	11,2	27	0
Ішемічна хвороба серця, в т.ч.	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
Цереброваскулярні хвороби, з них:	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
Гіпертонічна хвороба (без згадування про ішемічну та судинні ураження мозку)	403	27	6,7
Ішемічна хвороба серця	300406	28769	9,6
- гострий інфаркт міокарда	8990	6729	74,8
- інші форми гострої ІХС	5657	5599	99,0
Цереброваскулярні хвороби	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
Усі хвороби					
Україна	714263	209766	29,4	9,77	3,55
Київ	45223	17523	38,7	8,19	3,95
Хвороби системи кровообігу					
Україна	429291	65975	15,4	9,72	7,17
Київ	24355	4959	20,4	9,65	9,42
Ішемічна хвороба серця					
Україна	300406	28769	9,6	9,45	7,74
Київ	19521	1986	10,2	9,12	9,16
** гострий інфаркт міокарда*					
Україна	8990	6729	74,8	10,23	15,92
Київ	963	674	70,0	8,84	20,30
**інші форми гострої ІХС*					
Україна	5657	5599	99,0	9,34	50,71
Київ	66	58	87,9	9,0	84,06
**у т.ч. з елевацією зубців ST*					
Україна	-	5244		10,16	17,86
Київ	-	525		8,39	19,49
Цереброваскулярні хвороби					
Україна	82560	29985	36,3	10,59	11,64
Київ	3744	1982	52,9	10,75	15,79
- внутрішньо-мозковий крововилив					
Україна	10166	8284	81,5	12,98	41,72
Київ	723	500	69,2	14,01	42,23
- інфаркт головного мозку					
Україна	23448	18728	79,9	10,43	16,88
Київ	1781	1394	78,3	10,54	19,76
- інсульт, неуточнений як крововилив або інфаркт мозку					
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 синдроми**

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.*

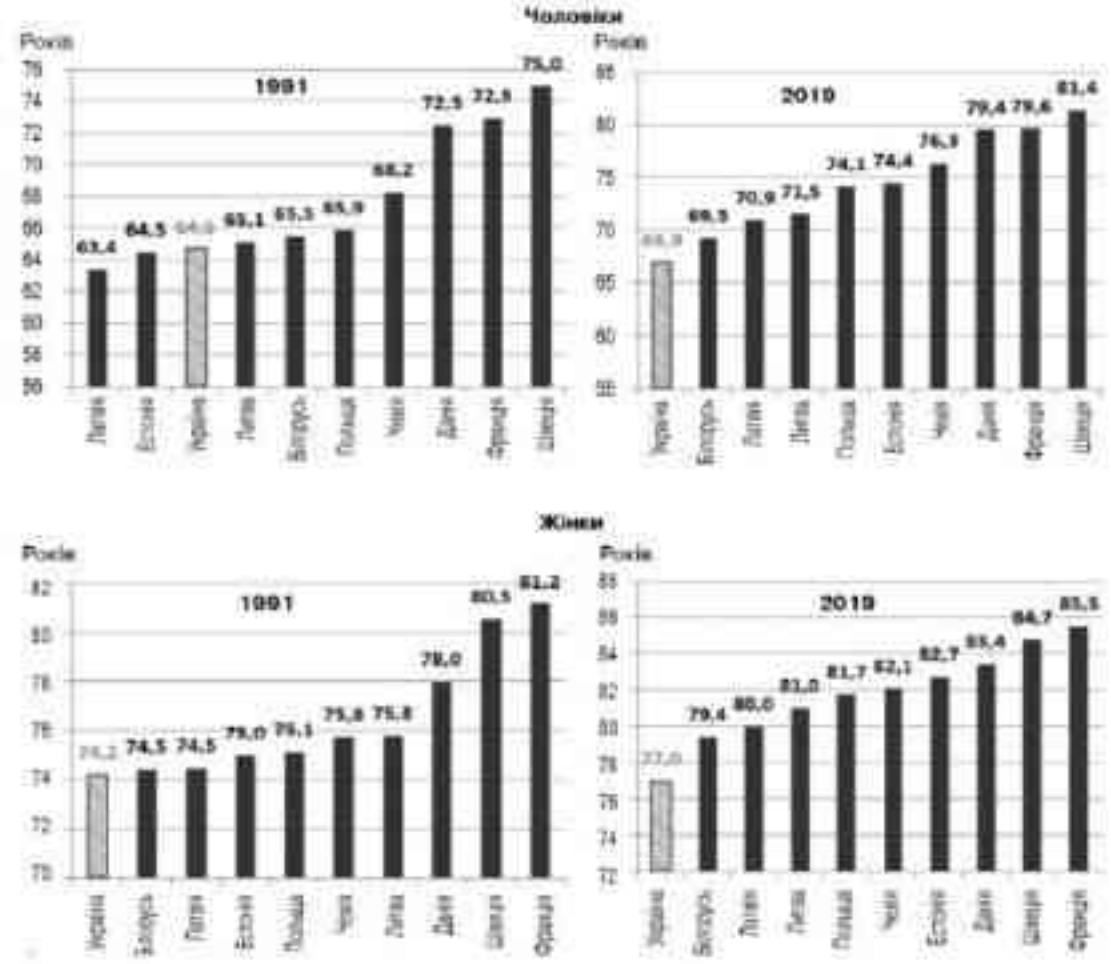


Рис. 3. Очікувана тривалість життя при народженні в 1991, 2019 рр. за статтю в Україні та деяких європейських країнах

Джерело: дані Державної служби статистики України та Human Mortality Database (HMD)

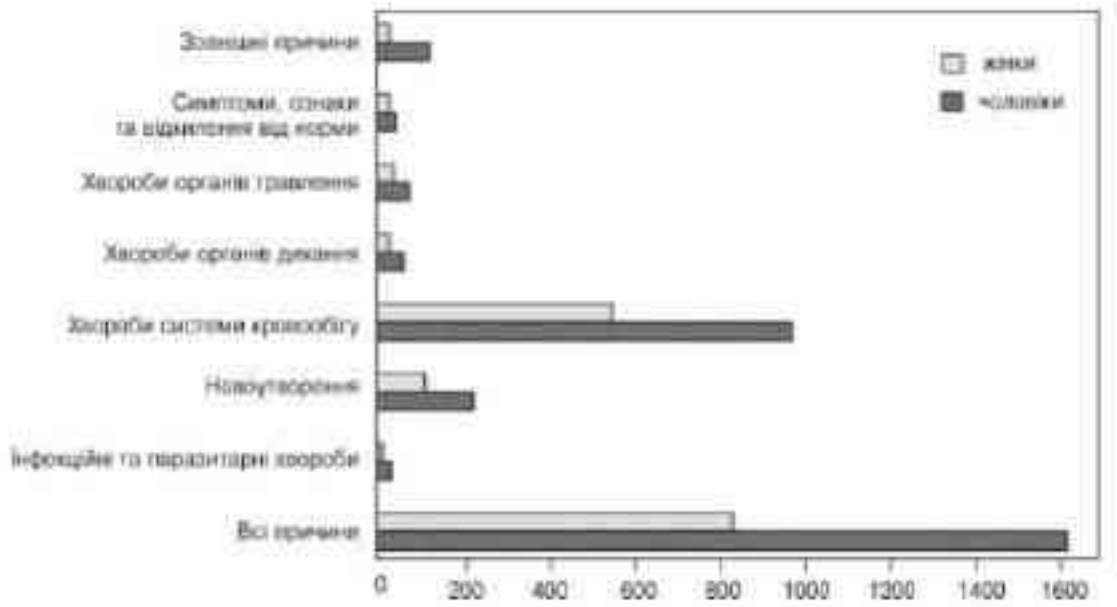


Рис. 4. Смертність за основними причинами в 2020 р. в Україні, стандартизований за віком і статтю показник, у розрахунку на 100 тис. осіб

Джерело: дані Державної служби статистики України

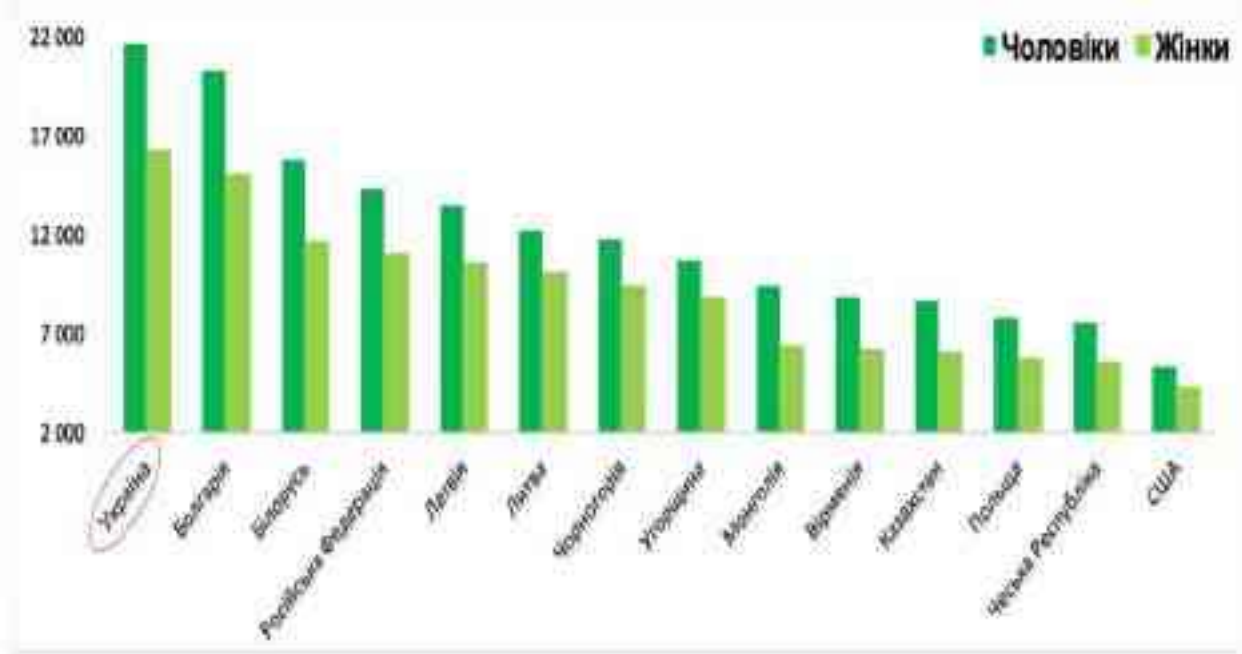


Рис. 5. **Роки життя, втрачені через передчасну смерть від ССЗ у 2020 р.** *(YLL на 100 000 нас. залежно від географічного розташування. Обидві статі, всі вікові групи)*

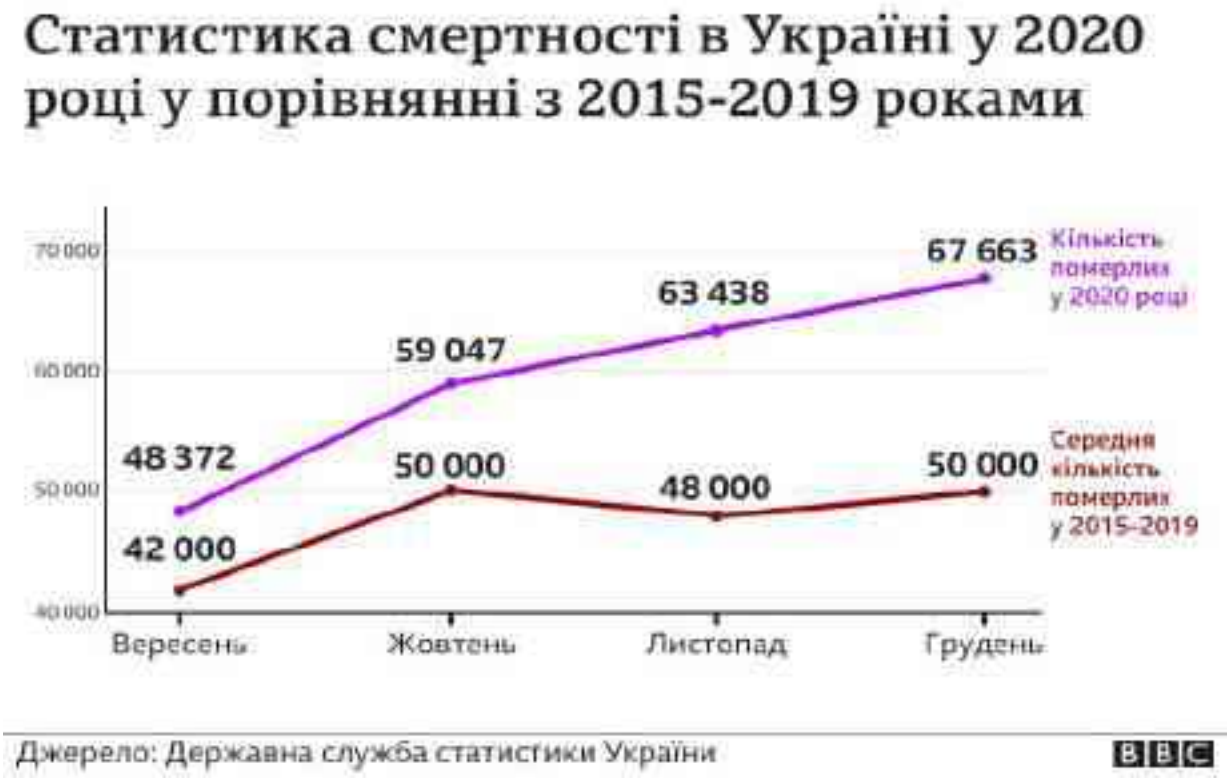


Рис. 6. Неочікуване зростання показника смертності у 2020 р. в Україні

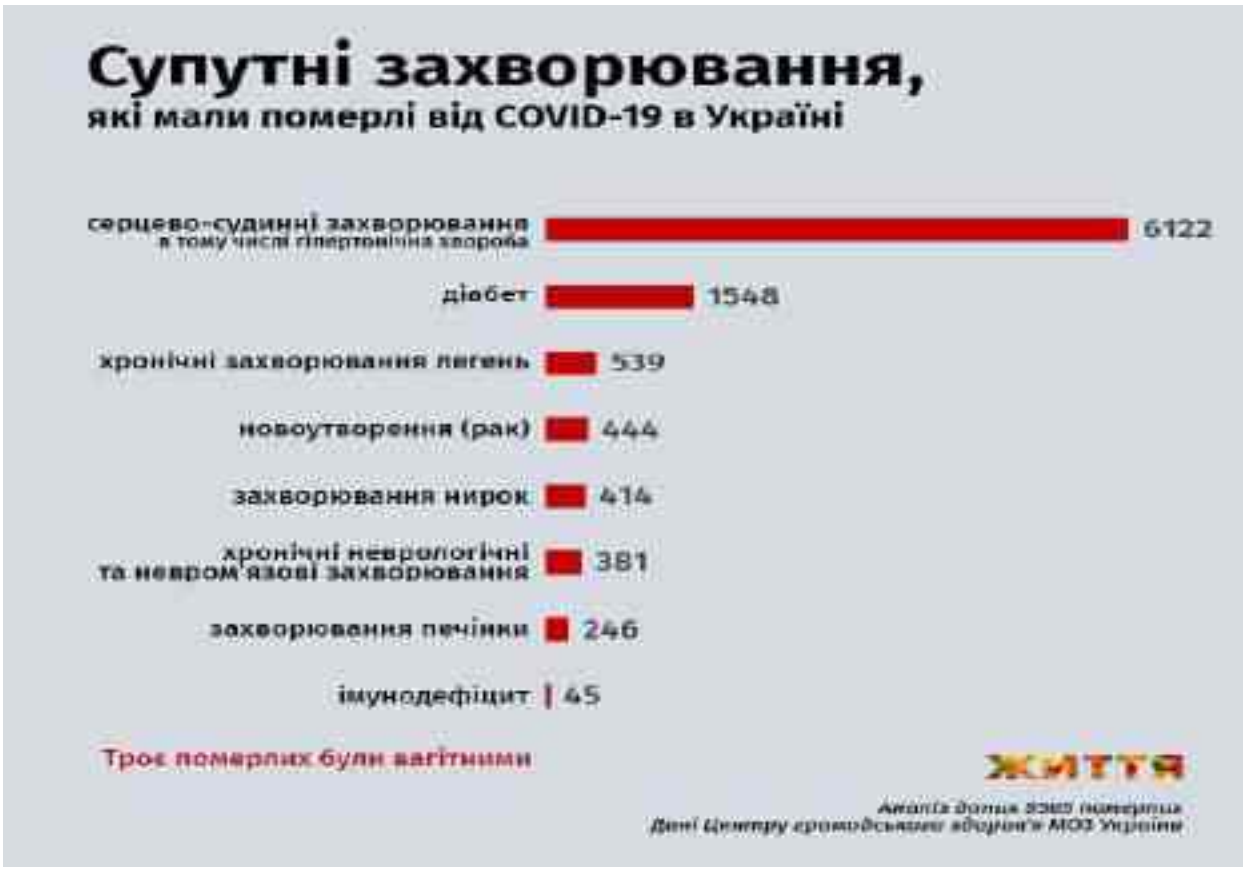


Рис. 7. Супутні хвороби, які мали померлі від пандемії

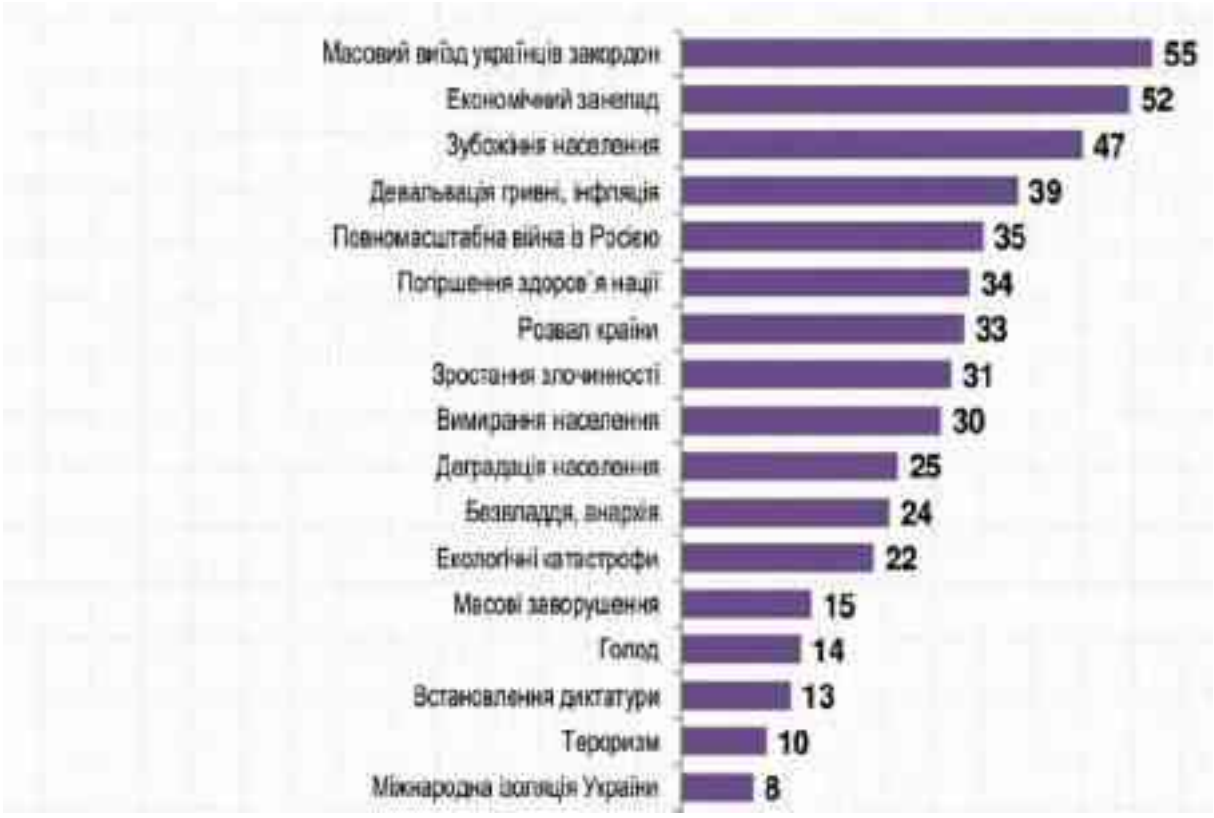


Рис. 8. Рівень загроз, найбільш актуальних сьогодні для України

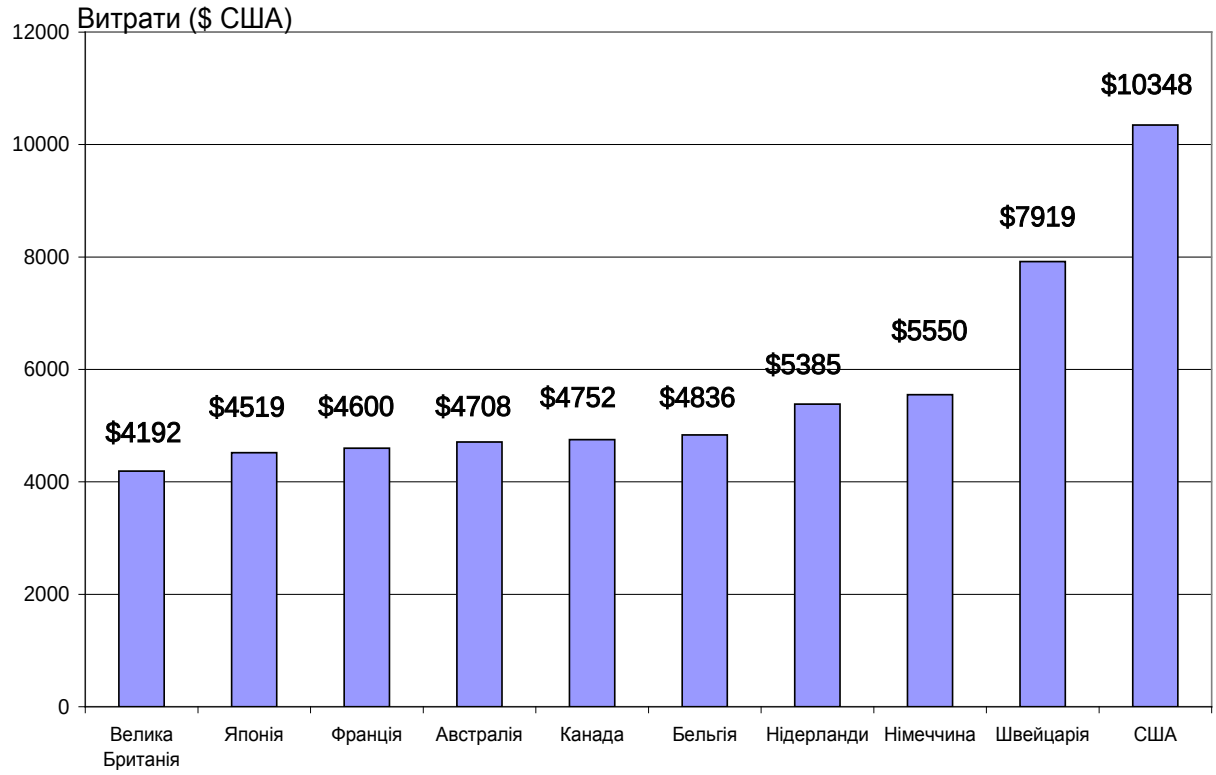


Рис. 9. Витрати на медицину на одну людину в рік в країнах з найбільшими показниками (в $ США)



Рис. 10. Фінансовий стан сім’ї в Україні (соцопитування групи «Рейтинг»)

%25% % % % % %% % % %

	%		% %		% % / % 0		% %		%		- %		% / % 0	
2014 5	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 5	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 5	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 %77%	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 %77%	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 %77%	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

I% 85% % I%%

2. % % % D

CABE' .: 5% I% – 77919; – 13165; % %77% 5% 5I% - 220,7; – 37,2

CABI ' .: 5% I% – 81971; – 13671; %77% 5% 5I% - 234,4; - 39,1

CABM .: 5% I% – 85048; – 14350; % %77% 5% 5I% - 244,4; – 41,2

A, , ,i cen-i ceu, , , , , - , , ,

, , , , ', , ,i cex-2020 M

%3.3% % % % % % % % % %

	% %		% % 0		% %		%		- %		5% 5% . 5		% / % 0	
'														
2014	8 261293	910702	4 525879	408228	2 252044	206626	11948	11948	606618	111002	25862	5753	23170	23179
2016	8 177511	881804	4 573718	390302	2 170030	202011	12483	12483	601165	106877	25465	5324	23550	23550
2017	8 077548	849289	4 517740	373212	2 150582	196324	11853	11853	598413	101836	25595	5542	22983	22983
'BAA' ' '														
2014	32 756,6	3 611,0	17 945,4	1618,7	8 929,5	819,3	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	2447,3	435,1	103,7	21,6	95,9	95,9
2017	33 349,7	3 506,5	18 652,4	1626,8	8 879,1	810,6	48,9	48,9	2470,7	420,4	105,6	22,9	94,9	94,9
% % % % % % + 0														
2014	37,0	50,2	43,4	56,0	28,9	42,4	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	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	23,7	35,0	30,1	38,6	23,5	23,5

% - 2014: 5% I9‰ % 34 225 389E‰% 13 648 736; 877% 5% 519‰ ‰135 706,2; % 54 118,2
% - 2016: 5% I9‰ % 34 176 576E‰% 13 73 6120; %877% 5% 519‰ ‰139 131,6; % 55 919,2
% - 2017: 5% I9‰ % 33 415 793E‰% 13 157 359; %877% 5 519‰ ‰8: A%?: 3>E‰% 54 322,7
% % % %% % % % ‰>?3 % ‰978A%50%
% % % %% % % % ‰ AB3 % ‰978A%50

* *2014-2017 , , , , - , , , , , , ’, , ,i cex-2020 M*

%5.45% % % % % % % % 2016, 2018, 2019, 2020 3%798% 5%

%		% %	% %	%	% / % 0	- r %		/ % 0
	2016							
/ %77% 5% .)	1503,6	1010,7	697,2	25,7	1,2	197,7	83,8	1,7
% / 5 0	583631	392298	270608	9977	447	76733	32539	661
	2018							
/ %77% 5% 50	1481,9	998,3	694,5	24,0	1,0	181,5	81,5	1,5
/ 5 0	587665	392060	269753	9662	367	76906	32612	598
	2019							
/ %77% 5% 50	1464,8	988,1	689,1	25,1	0,9	178,5	81,7	1,4
/ 5 0	581114	389348	268341	10065	323	76232	32836	519
	2020							
/ %77% 5% 50	1597,2	1056,6	745,6	26,3	1,0	187,1	85,3	1,1
/ 5 0	616835	408163	284667	10376	355	78121	33444	424
	2021							
/ %77% 5% 50	1855,7	1114,8	788,8	28,2	1,1	199,0	94,6	1,0
/ 5 0	714263	429291	300406	11086	403	82560	36765	380

%5 5% % % % % % % % % 4, 2018, 2020, 2021 5%

%		% %	% %	I %	% / % 0	- r %		/ % 0
	2014							
3 'BAA' 9 94	493,8	152,8	85,8	9,8	0,9	29,9	25,9	1,0
'3 9 4	124534	38532	21639	2472	230	7529	6538	262
+ % % % % % %	19,7	9,1	7,4	20,9	39,8	8,6	18,0	31,2
	2018							
3 'BAA' 9 94	491,8	162,7	82,5	8,1	0,7	29,3	25,7	0,7
'3 9 4	109565	35800	18542	1825	145	6585	5741	154
+ % % % % % %	18,6	9,1	6,9	18,9	39,5	8,6	17,6	25,8
	2020							
3 'BAA' 9 94	512,3	174,2	90,5	9,2	0,7	31,7	27,4	0,6
'3 9 4	117566	39839	21079	2153	153	7401	6373	139
+ % % % % % %	19,1	9,8	7,4	20,7	**43,1**	9,5	19,1	**32,8**
	2021							
3 'BAA' 9 94	564,3	181,8	95,1	9,7	0,7	33,4	28,8	0,5
'3 9 94	128072	41069	21885	2260	152	7682	6585	111
+ % % % % % %	**17,9**	**9,6**	**7,3**	**20,4**	**37,7**	**9,3**	**17,9**	**29,2**

%56. % ' % % - %% - % %9784-2021 5

	2014 5		978A%5		978B%5		978C%5		9797%5		2028%5	
	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .
%	632296	1474,8	574123	1353,6	587665	1481,9	581114	1464,8	616835	1597,2	714263	1855,7
	425607	992,0	384810	907,3	392060	998,3	389348	988,1	408163	1056,6	429291	1114,8
	292862	682,6	264926	624,6	269753	694,5	268341	689,1	284667	745,6	300406	788,8
	11801	27,5	9689	22,8	9662	24,0	10065	25,1	10376	26,3	11086	28,2
	87890	204,8	75733	178,6	76906	181,5	76232	178,5	78121	187,1	82560	199,0
	36378	84,8	32065	75,6	32612	81,5	32836	81,7	33444	85,3	36765	94,6

%57. % % % % - %% - %
%%6714-2028% 5

	978; %5		2017 5		2018 5		2019 5		2020 5		2021 5	
	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .	5%	%677% .
%	124534	493,8	105136	434,1	109565	491,8	106249	469,3	117566	512,3	128072	564,3
	38532	152,8	34023	140,5	35800	162,7	35515	157,7	39839	174,2	41069	181,8
	21639	85,8	17695	73,1	18542	82,5	18602	80,7	21079	90,5	21885	95,1
	2472	9,8	1899	7,8	1825	8,1	1828	8,0	2153	9,2	2260	9,7
	7529	29,9	6691	27,6	6585	29,3	6158	26,6	7401	31,7	7682	33,4
	6538	25,9	5833	24,1	5741	25,7	5346	23,2	6373	27,4	6585	28,8

%8. %% % % ’ %% % % % % 1

	%*% % % %				% % % % 3% % % 3 % 5 (2020 50	% % % % 3% *% % % 5 . (2020 50	% % % % 3% % % % % 2018 5 2020 5		% % % 3%% % % % % 3% % . (2020 50
	2016 5	2018 5	2020 5	9799%5					
	1				2	3	4		5
	51600	54608	60239	60239	10	4385	81,6	84,0	19,0
	45295	53024	58061	58061	9,5	4526	82,7	87,0	20,9
	43090	50152	53983	53983	7,3	2787	75,4	75,3	12,3
	41936	47603	50802	50802	8,7	3990	76,5	77,0	19,6
%	39899	42944	47334	47334	7,6	2808	82,0	83,1	16,5
	36855	41464	43519	43519	9	3526	76,8	78,2	15,7
	31993	36357	33938	**38218**	7,2	2706	77,6	75,2	15,1
	30527	34483	35551	35551	7	2449	73,9	75,6	13,7
	18104	20324	20277	20277	5	1294	61,8	61,7	10,0
	12665	16162	18773	18773	4,9	1205	65,0	66,0	10,1
	12372	15421	17841	17841	4,5	1115	70,3	71,0	10,7
	8748	11289	12173	12173	3,7	958	73,2	52,2	9,5
	7351	9273	11635	11635	4,6	763	100	54,6	10,9
	6029	7644	7157	8476	3,4	636	66,2	51,1	9,8
	4989	6290	7304	7304	3,7	678	71,2	65,8	13,8
	2186	**3095**	**4836**	**4836**	**3,6**	**297**	**54,7**	**50,8**	**10,8**

1%% % % % ’ % % 3% % % (% 21.10.2025 5)

%9. %% % % ’ %% % - % % 1 / % %CC>-978; % 0%

	% % % 3% *% % % 5 5	% % % % 3 + % % % % 5	% % % % 3 + % % % 5	% % % % 3%% % % % % , 5%	% % 5 % + %% % % % *	% % % % 5 5 3%% + % % 5 % % 5 %%	% % % % 3%% + % % % % % *
	5219	11,9	1,9	16	28,4	98,3	58,3
	5202	10,9	1,4	13	40,4	91,7	68,4
	3701	9,7	2,4	24,7	35,1	87,4	55,9
	5182	11,3	2,6	23	34,8	83,9	75,6
%	3377	9,1	1,5	16,9	36,0	81,0	61,2
	4508	11,5	2,5	21,8	37,1	93,0	68,0
	3540	9,5	2,2	23,8	36,0	88,9	64,1
	3239	9,3	2,3	24,4	33,4	90,0	61,9
	2098	8,1	3,1	38,3	41,2	65,7	54,8
	1827	7,4	2,5	34	26,9	87,9	49,0
	1570	6,3	1,8	29	32,0	94,7	39,4
	1836	7,1	3,4	47,8	73,6	43,8	26,1
	1399	8,4	3,8	45,4	59,0	100	-
	1232	6,6	3,2	48,9	67,3	-	-
	1031	5,7	2,0	34,2	47,9	94,7	39,3
	584	**7,1**	**3,5**	**49,2**	**32,6**	**100**	**34,9**

D% % % % ’ % % 3% % % (% 21.10.2025 5)

%60. % % % %% % % % % 1 / % %CA7-9799% 50

	% % % % % % % % % 0	% % (% 0	- % % 5% 5	- % %	% % %	- % - %	- % % %	%(%)
			%67% %					
	5,4	78,0	23,5	45,0	6,2	10,0	114,9	13,8
	6,4	46,0	33,2	33,0	9,1	9,4	121,8	**27,6**
	6,7	74,0	30,8	37,0	-	8,7	138,6	-
	7,6	80,0	62,1	49,7	7,2	14,3	139,9	14,5
%	6,0	84,0	22,8	28,1	8,1	8,2	84,4	**28,8**
	5,8	76,0	42,8	35,2	8,9	8,1	118,5	**25,3**
	6,5	76,0	41,9	50,8	11,4	14,9	123,5	22,4
	6,8	77,0	27,5	43,2	7,0	15,7	66,0	16,2
	5,4	72,0	34,6	62,5	3,5	26,6	34,4	5,6
	5,7	71,0	42,9	33,2	3,9	12,2	65,7	11,7
	6,6	74,1	48,8	25,4	2,2	10,3	50,6	8,7
	8,4	80,0	64,1	43,6	3,3	9,6	82,3	7,6
	9,8	84,2	59,5	48,0	5,8	18,2	48,7	12,1
	8,3	79,0	56,4	16,9	4,9	2,7	112,3	29,0
	8,9	89,0	86,6	57,7	4,8	12,5	109,0	8,3
	9,4	**83,0**	**61,3**	**35,3**	**3,6**	**11,4**	**66,0**	10,2

D% % % % ’ % % 3% % % (% 21.10.2025 5)

ДОДАТОК 2
Таблиця 1

ННЦ ДУ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини ім. акад. М.Д.Стражеска»	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	310		310	
Потужність поліклініки	117		117	
Лікарський штат:	**Абс.ч.**	**%**	**Абс.ч.**	**%**
всього посад	112		112	
Зайнято посад	83	74,11%	77,5	69,2
фізичних осіб	108		89	79,5
З них: вищої категорії	62	57,41%	58	65,2
I категорії	3	2,78%	8	9,0
II категорії	7	6,48%	3	3,4
докторів наук	0		--	
кандидатів наук	29	26,85%	30	33,7
Поліклініка: прийнято хворих	19938		14105	
з них: для Київських установ з Києва	12960	65%	9997	70,9%
з сільської місцевості	3657	18,34%	1476	10,5%
дітей до 18 років	0		--	
постраждалих від аварії на ЧАЕС	52	0,26%	13	0,1%
учасників II Світової війни	0			
військовослужбовців і учасників Сил оборони	2230		1448	10,3%
Кількість лікарських відвідувань	36354		22975	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	7747		7247	
з них: тематичних	5812	75,02%	5452	75,2%
для Київських установ з Києва	4388	56,64%	4049	55,9%
з сільської місцевості	1310	16,91%	1193	16,5%
дітей до 18 років	0		--	
постраждалих від аварії на ЧАЕС	14	0,18%	25	0,3%
учасників II Світової війни	0		--	
Військовослужбовців і учасників Сил оборони	370		340	4,7%
по санітарній авіації	7	0,09%	30	0,4%
I категорії складності	0		0	
II категорії складності	0		0	
III категорії складності	0		0	
IV категорії складності	2781	35,9%	3879	53,5%
V категорії складності	4966	64,1%	3368	46,5%
Проведено ліжко-днів	71763		66698	
Число днів роботи ліжка	231,49		215,2	
Середній обіг ліжка	24,99		23,4	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,26		9,2	
Летальність	0		0,4%	
Число операцій	1625		1713	
Хірургічна активність	80		83,0%	
Післяопераційна летальність	0,14		0,11%	
Запровадження нових методів	12		13	
з них: лікування	2		4	
діагностики	7		7	
профілактики	3		2	
Денний стаціонар: число ліжок	0		----	
проліковано хворих	0		----	
Спеціалізовані центри: число центрів	2		2	
проконсультовано хворих			7633	

Таблиця 2

Національний Інститут серцево-судинної хірургії	**2023**		**2024**	
Ліжковий фонд	360		295	
Потужність поліклініки	237		80	
Лікарський штат:	**Абс.ч.**	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Всього посад	30		225	
зайнято посад	26,75		185	82,22%
фізичніх осіб	29		251	
з них: вищої категорії	6		75	29,88%
І категорії	2		15	5,98%
ІІ категорії	-		16	6,37%
докторів наук	-		2	0,8%
кандидатів наук	2		28	11,16%
Поліклініка: прийнято пацієнтів	37460	100%	43527	
з них: для київських установ з Києва	11482	30,6%	14760	33,91%
з сільської місцевості	5243	14%	3558	8,17%
дітей до 18 років	3196	8,5%	2831	6,5%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	130	0,3%	103	0,24%
учасників ІІ Світової війни	-	-	1	
учасників збройних конфліктів	2355	-	3649	
	15	0,04%		
Кількість лікарських відвідувань	96012		109801	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	6797	100%	7042	
з них: тематичних	6797	100%	7042	100%
для київських установ з Києва	2348	34.5%	2381	33,81%
з сільської місцевості	1440	21,2%	1552	22,04%
дітей до 18 років	291	4,3%	330	4,69%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	129	1,9%	89	1,26%
учасників ІІ Світової війни	-		-	
учасників збройних конфліктів	674		816	
по санітарній авіації	0		0	
І категорії складності	529		567	8,05%
ІІ категорії складності	392		435	6,18%
ІІІ категорії складності	1827		1869	26,54%
ІV категорії складності	1116		1144	16,25%
V категорії складності	914		940	13,35%
Прийнято пологів: фізіологічних	5		6	
патологічних	—		-	
мешканок міста розташування установи	1		1	
сільської місцевості	-		1	
Проведено ліжко-днів	49277 (74,3 %)		50370	
Число днів роботи ліжка	164,2		170,75	
Середній обіг ліжка	22,6		23,87	
Середня тривалість перебуван. хворого на ліжку	7,2		7,15	
Летальність	1,9		1,6	
Число операцій	4778		4955	
Хірургічна активність	70,3		70,4	
Післяопераційна летальність	1,6		1,4	
Запроваджено нових методів	6		7	
з них: лікування	5		6	
діагностики	-		1	
профілактики	1		0	
Денний стаціонар: число ліжок	-		0	
проліковано хворих	-		0	

Таблиця 3

ННЦХТ імені О.Шалімова	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	462		476	
Потужність поліклініки	125		125	
	Абс.ч.	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Лікарський штат:всього посад	260	100	223	100
зайнято посад	206	79,23%	183,25	82,2
фізичних осіб	249		234	100
з них: вищої категорії	155	62,25%	154	65,8
I категорії	20	8,03%	26	11,1
II категорії	21	8,43%	12	5,1
докторів наук	8	3,21%	3	1,3
кандидатів наук	38	15,26%	28	12
Поліклініка: прийнято хворих	19317		13977	100
з них: з міст розташування установи	10224	52,93%	7172	51,3
з сільської місцевості	4690	24,28%	3750	26,8
дітей	50	0,26%	90	0,6
постраждалих від аварії ЧАЕС	0		8	0,06
учасників військових дій	1093		604	4,3
Число відвідувань в поліклініці	42713		34136	
Стаціонар: проліковано хворих	9961		8663	100
з них: тематичних	8331	83,64%	6932	80,0
з міст розташування установи	3045	30,57%	2682	31,0
з сільської місцевості	2792	28,03%	2525	29,1
дітей	85	0,85%	65	0,7
військових	926		721	100
по санітарній авіації	133	1,34%	180	-
I кат. складності	1985	19,93%	1457	19,23
II кат.	13	0,13%	76	2,24
III кат.	1905	19,12%	1738	20,06
IV кат.	3190	32,02%	2524	29,14
V кат.	2868	28,79%	2868	33,11
Використано ліжко-днів	117313		106592	
Число днів роботи ліжка	253,92		223,9	
Середній обіг ліжка	21,56		18,2	
Серед. трив. перебуван. хворого на ліжку	11,78		12,3	
Летальність (%)	1		1,4%	
Число операцій	10441		10185	
Хірургічна активність (%)	80,1		83,2%	
Післяопераційна летальність (%)	1,1		1,44%	
Запроваджено нових методів	9		7	
з них: лікування	6		7	
діагностики	3		0	
профілактики	0		0	
Денний стаціонар: число ліжок	12		10	
проліковано хворих	480		1614	

Таблиця 4

Інститут отоларингології	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	260		260	
Потужність поліклініки	319		319	
	Абс. ч.	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Лікарський штат: всього посад	104,5		103,5	100
зайнято посад	72	68,9%	76,5	73,91
фізичних осіб	116		128	100
З них: вищої категорії	70	60,3%	86	67,18
І категорії	13	11,20%	18	14,06
ІІ категорії	11	9,5%	7	5,46
докторів наук	13	11,2%	3	2,34
кандидатів наук	38	32,8%	21	16,41
Поліклініка: прийнято пацієнтів	22802	100,0	27432	100,0
з них: для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	12044	52.8	16046	59,0
з сільської місцевості	3613	15,9	3314	12,0
дітей до 18 років	4776	21,0	4131	15,0
постраждалих від аварії на ЧАЕС	17	0,1	35	0,1
учасників ІІ Світової Війни	-	0	8	0,03
учасників бойових дій на території України	6735	30,0	6082	23,0
Кількість лікарських відвідувань	78743	99,0	84069	107,0
Стаціонар: проліковано пацієнтів	8148	100	7768	100
з них: тематичних	6192	76,0	6245	80,4
з них: для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	2821	34,6	2740	35,7
з сільської місцевості	1968	24,1	1846	23,7
дітей до 18 років	1470	18,0	1462	18,8
постраждалих від аварії на ЧАЕС	16	0,2	21	0,3
учасників ІІ Світової війни	0	0	0	0
учасників військових дій на території України	3712	45,5	2046	26,3
по санітарній авіації	0	0	0	0
І категорії складності	1158	14,2	1207	15,5
ІІ категорії складності	453	5,6	552	7,1
ІІІ категорії складності	1689	20,7	1718	22,1
ІV категорії складності	1836	22,5	1613	20,8
V категорії складності	3012	37,0	2678	34,5
Проведено ліжко-днів	67823		70931 (96,0%) від плану	
Число днів роботи ліжка	261		273	
Середній обіг ліжка	31,4		30,0	
Середня тривалість перебув. хворого на ліжку	8,3		9,1	
Летальність	0,02%		0,03%	
Число операцій	11866		10240	
Хірургічна активність	86,0 %		84,4 %	
Післяопераційна летальність	0,01 %		0,04 %	
Запроваджено нових методів	22		25	
з них: лікування	12		9	
діагностики	10		15	
профілактики	0		0	
Денний стаціонар: число ліжок	0		0	
проліковано хворих	0		0	

Таблиця 5

Всеукраїнський центр материнства та дитинства	**2023**		**2024**	
Ліжковий фонд	500		500	
Потужність поліклініки	300		300	
	Абс. ч.	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Лікарський штат: Всього посад	222	100	249	
зайнято посад	208,75		242	97,19%
фізичних осіб	150 + 11		172	
з них: вищої категорії	85	52	95	55,23%
I категорії	11	6	12	6,98%
II категорії	12	7	12	6,98%
докторів наук	2		3	1,74%
кандидатів наук	43		48	27,91%
Поліклініка: прийнято пацієнтів	16429		20738	
з них: з Києва	7597	46,2	8059	38,86%
з сільської місцевості	2620	16,0	2275	10,97%
дітей до 18 років	7501	45,7	6604	31,84%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	9	0,1	2	0,01%
учасників збройних конфліктів	51	0,31	73	0,35%
Кількість лікарських відвідувань	65695		60840	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	5866		6333	
з них : тематичних	3680	62,7	4144	65,44%
з Києва	2027	34,6	2076	32,78%
з сільської місцевості	1313	22,4	1463	23,1%
дітей до 18 років	3478	59,3	3800	60%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	67	1,1	36	0,57%
учасників збройних конфліктів	50	0,9	38	0,6%
I категорії складності	690	11,8	607	9,58%
II кат.	203	3,5	311	4,91%
III кат.	1225	20,9	1362	21,51%
IV кат.	2003	34,1	2210	34,9%
V кат.	1745	29,7	1843	29,1%
Прийнято пологів	938		897	
фізіологічних	357	38,1	312	34,8
патологічних	581	61,9	585	65,2
мешканок міста розташування установи	311	33,2	260	29,0
сільської місцевості			254	28,3
постраждалих від аварії на ЧАЕС	4	0,4	3	0,3
по санітарній авіації				
Проведено ліжко-днів	87666		85324	
Число днів роботи ліжка	175,3		170,6	
Середній обіг ліжка	11,7		12,7	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	14,9		13,5	
Летальність	0,27		0,3	
Число операцій	2066		2361	
Хірургічна активність	63,7		51,3	
Післяопераційна летальність	0,19		0,14	
Запроваджено нових методів	60		60	
з них: лікування	36		36	
діагностики	14		14	
профілактики	10		10	
Денний стаціонар: число ліжок	14		14	
проліковано хворих	971		743	

Таблиця 6

Національний науковий центр радіаційної медицини, гематології, онкології	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	**534**		**534**	
Потужність поліклініки	950		950	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього затверджених штатних посад	228.5		228	100,0
зайнято посад	170	74,4%	173,25	76,0
фізичних осіб	153		158	69,3
з них: вищої категорії	106	69,28%	101	63,9
І категорії	6	3,92%	14	8,9
ІІ категорії	6	3,92%	10	6,3
докторів наук	3	1,96%	-	-
кандидатів наук	16	10,46%	16	10,1
Поліклініка: прийнято пацієнтів	29846		22285	100,0
з них: з Києва	18034	60,42%	9668	43,4
з сільської місцевості	6347	21,27%	3797	16,8
дітей до 18 років	4721	15,82%	5121	23,0
постраждалих від аварії на ЧАЕС	9770	32,73%	12767	57,0
учасників Другої Світової війни	0		-	-
учасників збройних конфліктів	607		196	0,9
Кількість лікарських відвідувань	206224		225075	102,1
Стаціонар: проліковано пацієнтів	9038		8385	100,0
з них : тематичних	6687	73,99%	5899	70,4
для київських установ з Києва	4005	44,31%	3618	43,1
з сільської місцевості	1772	19,61%	1729	20,6
дітей до 18 років	1069	11,83%	1447	17,3
постраждалих від аварії на ЧАЕС	3414	37,77%	4333	51,7
учасників Другої Світової війни	0		9	0,1
учасників збройних конфліктів	2981		1919	22,9
по санітарній авіації	0		-	-
І категорії складності	0		-	-
ІІ кат.	3	0,03%	19	0,2
ІІІ кат.	5751	63,63%	6246	74,5
ІV кат.	3178	35,16%	2057	24,5
V кат.	106	1,17%	63	0,8
Проведено ліжко-днів	144490		90,0 % від плану	
Число днів роботи ліжка	270,58		252,1	
Середній обіг ліжка	16,93		15,8	
Серед. тривалість перебування хворого на ліжку	15,99		15,9	
Летальність	0		0,4%	
Число операцій	407		341	
Хірургічна активність	39,1		40,3%	
Післяопераційна летальність	0		0,0%	
Запроваджено нових методів	10		13	
з них: лікування	2		3	
діагностики	7		10	
профілактики	1		-	
Денний стаціонар: число ліжок	0			
проліковано хворих	0			

Таблиця 7

НП Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	60		60	
Потужність поліклініки				
	Абс.ч.	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Лікарський штат: Всього посад	25,5		25,5	
зайнято посад	22,5	88,24%	23,5	94,0
фізичних осіб	32		32	
з них: вищої категорії	22	68,75%	20	62,5%
I категорії	6	18,75%	6	18,75
II категорії	0		1	3,12
докторів наук	2	6,25%	2	6,25
кандидатів наук	15	46,88%	15	46,87
Поліклініка: прийнято пацієнтів	2755		2744	-
з них: для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	928	33,68	913 1227	33,2 44,7
з сільської місцевості	674	24,46%	604	22,0
дітей до 18 років	57	2,07%	44	1,6
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		5	0,2
учасників II Світової війни	0		0	0
учасників збройних конфліктів	331		242	8,8
учасників АТО			8	0,3
Кількість лікарських відвідувань	2755			
Стаціонар: проліковано пацієнтів	1803		1703	-
з них : тематичних	1531	84,91%	1397	82,0
для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	467	25,9%	407	23,9
з сільської місцевості	547	30,34%	579	34,0
дітей до 18 років	51	2,83%	44	2,58
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		0	0
учасників II Світової війни	0		0	0
учасників збройних конфліктів	203		136	8,0
учасників АТО			1	1,2
по санітарній авіації	0		236	13,9
I категорії складності	0		135	7,9
II кат.	5	0,28%	101	5,9
III кат.	241	13,37%	0	0
IV кат.	996	55,24%	0	0
V кат.	561	31,11%	4	0,23
Проведено ліжко-днів	12483		11693	
Число днів роботи ліжка	208,05		194,9	
Середній обіг ліжка	30,05		28,4	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	6,92		6,7	
Летальність	1,38		1,4	
Число операцій	2513		2403	
Хірургічна активність	94,95		95,8	
Післяопераційна летальність	1,28		1,4	
Запроваджено нових методів	4		4	
з них: лікування	4		3	
діагностики	-		1	
профілактики	-		-	
Денний стаціонар: число ліжок, проліковано хв-х	-		-	

Таблиця 8

Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	180		180	
Потужність поліклініки	350		350	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього посад	66		64,25	100,0
зайнято посад	66	100%	62,75	97,67
фізичних осіб	71		68*	100
з них: вищої категорії	42	59,15%	43*	63,24
І категорії	6	8,45%	9*	13,24
ІІ категорії	5	7,04%	2*	2,94
докторів наук	1	1,41%	1*	1,47
кандидатів наук	15	21,13%	15*	22,06
Поліклініка: прийнято пацієнтів	43919		52552	100,0
з них: з міста розташування установи	35620	81,1%	43621	83,01
з сільської місцевості	3254	7,41%	3672	6,98
постраждалих від аварії на ЧАЕС	50	0,11%	46	0,09
учасників 2 Світової війни	0		7	0,01
учасників збройних конфліктів	1752		1014	1,93
Кількість лікарських відвідувань	47012		55688	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	5221		4610	100,0
з них: тематичних	3314	63,47%	2224	48,20
з міста розташування установи	3287	62,96%	2847	61,76
з сільської місцевості	1446	27,7%	1142	24,77
постраждалих від аварії на ЧАЕС	21	0,4%	15	0,33
учасників 2 Світової війни	1	0,02%	3	0,06
учасників збройних конфліктів	337		28	0,61
учасників АТО\ООС, військов. дій на території України			198	4,30
по санітарній авіації	0		-	-
І категорії складності	8	0,15%	5	0,1
ІІ кат.	167	3,2%	154	3,3
ІІІ кат.	863	16,53%	1102	23,9
ІV кат.	1668	31,95%	1676	36,4
V кат.	2515	48,17%	1673	36,3
Проведено ліжко – днів	55079		76,88 % від плану	
Число днів роботи ліжка	305,99		271,40	
Середній обіг ліжка	29,01		25,61	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	10,55		10,60	
Летальність	0,3		0,3	
Число операцій, хірургічна активність	0		-	
Післяопераційна летальність	0		-	
Запроваджено нових методів	35		30	
з них: лікування	9		13	
діагностики	17		11	
профілактики	9		6	

* показники із зовнішніми сумісниками

Таблиця 9

Інститут дерматології та венерології	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	110		110	
Потужність поліклініки	60		84	
Лікарський штат:	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
всього посад	20		20,25	
зайнято посад	20	100%	20,25	100
фізичних осіб	15		13	64,2
З них: вищої категорії	10	66,67%	11	87,8
І категорії	0		0	0
ІІ категорії	0		0	0
докторів наук	0		0	0
кандидатів наук	2	13,33%	2	15,3
Поліклініка: прийнято хворих	6826		5882	
З них: з Харкова	4215	(61,75%)	3689	62,7
з сільської місцевості	1238	(18,14%)	1139	19,3
дітей до 18 років	455	6,67%)	463	7,9
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		0	0
учасників Другої світової війни та збройних конфліктів	761	(11,15%)	885	15,0
Число відвідувань в поліклініці	12715		16021	
Стаціонар: проліковано хворих	839		620	
з них: тематичних	629	74,97%	518	83,5
з Харкова	344	41	364	58,7
з сільської місцевості	340	(40,52%	138	22,3
дітей до 18 років	0		0	0
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		0	0
учасників Другої світової війни			4	0,6
учасників збройних конфліктів	387	46,13%	185	29,8
по санітарній авіації	0		0	0
І кат. складності	0		0	0
ІІ кат.	0		2	0,3
ІІІ кат.	281	33,49%	67	10,8
ІV кат.	308	36,71%	457	73,7
V кат.	250	29,8%	94	15,1
Проведено ліжко-днів	17710		13725 (45,2 % від плану)	
Число днів роботи ліжка	161		124	
Середній обіг ліжка	7,63		5,6	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	21,11		22,1	
Летальність	0		0	0
Число операцій	0		0	
Хірургічна активність	0		0	
Післяопераційна летальність	0		0	
Запровадження нових методів	13		13	
З них: лікування	5		5	38,5
діагностики	6		6	46,2
профілактики	2		2	15,4
Денний стаціонар: число ліжок	60		60	
проліковано хворих	438		259	
Спеціалізовані центри: число центрів	0		0	
проліковано хворих	0		0	

Таблиця 10

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	182		182	
Потужність поліклініки	150		150	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього посад	80,25		80,25	
зайнято посад	59	73,52%	57	71
Фізичних осіб	54		54	100
з них: вищої категорії	5	9,26%	34	63
І категорії	5	9,26%	6	11
ІІ категорії	2	3,7%	5	9
докторів наук	3	5,56%	3	6
кандидатів наук	7	12,96%	7	13
Поліклініка: прийнято пацієнтів	29233		27598	27598
з них: для київських установ з Києва	21922	74,99%	12357	44,8
з сільської місцевості	14609	49,97%	5943	21,5
дітей до 18 років	2621	8,97%	2979	10,8
постраждалих від аварії на ЧАЕС	108	0,37%	98	0,4
учасників ІІ Світової війни	1			
учасників збройних конфліктів	474		640	2,3
Кількість лікарських відвідувань	48385		46661	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	5371		4423	х
з них : тематичних	4875	90,77%	3994	90,3
для київських установ з Києва	1766	32,88%	1502	34,0
з сільської місцевості	1103	20,54%	954	21,6
дітей до 18 років	665	12,38%	626	14,2
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		2	0,0
учасників ІІ Світової війни	0			
учасників збройних конфліктів, ЗСУ	283		186	4,2
по санітарній авіації	0		-	-
І категорії складності	5	0,09%	38	0,9
ІІ кат.	570	10,61%	55	1,3
ІІІ кат.	2088	38,88%	1436	34,9
ІV кат.	1508	28,08%	1569	38,1
V кат.	749	13,95%	1021	24,8
Проведено ліжко-днів	50269		40611	
Число днів роботи ліжка	276,2		223,14	
Середній обіг ліжка	29,51		24,3	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,36		9,18	
Летальність	0		0,02%	
Число операцій	2017		1604	
Хірургічна активність	100		101,78 %	
Післяопераційна летальність	0		0,0%	
Запроваджено нових методів	13		12	
з них: лікування	5		7	
діагностики	6		5	
профілактики	2		0	
Денний стаціонар: число ліжок	14		14	
проліковано хворих	146		140	

Таблиця 11

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	110		110	
Потужність поліклініки	15		15	
Лікарський штат:	**Абс.ч.**	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Всього посад	52		52	
зайнято посад	34	65,38%	32,5	62,5
фізичних осіб	32		30	57,7
з них: вищої категорії	18	56,25%	16	30,7
І категорії	3	9,38%	3	5,8
ІІ категорії	3	9,38%	3	5,8
докторів наук	1	3,13%	1	1,9
кандидатів наук	1	3,13%	1	1,9
Поліклініка: прийнято пацієнтів	7261		6610	
з них: для київських установ з Києва	3150	43,38%	2636	39,9
з сільської місцевості	882	12,15%	710	10,7
дітей до 18 років	11	0,15%	16	0,25
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		4	0,06
учасників ІІ Світової війни	0			
учасників бойових дій на території України	1674		682	10,3
Кількість лікарських відвідувань	24135		27663	114,5
Стаціонар: проліковано пацієнтів	1679		1894	99,7
з них : тематичних	1416	84,34%	1256	66,3
для київських установ з Києва	736	43,84%	834	44
з сільської місцевості	246	14,65%	261	13,8
дітей до 18 років	2	0,12%	3	0,16
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0			
Учасників ІІ Світової війни	0			
учасників АТО/ООС, військових дій	107		97	5,1
по санітарній авіації	0			
І категорії складності	0			
ІІ кат.	0			
ІІІ кат.	178	10,6%	221	11,7
IV кат.	857	51,04%	925	48,8
V кат.	644	38,36%	748	39,5
Проведено ліжко-днів	26898		29950	89,3
Число днів роботи ліжка	244,53		272,2	89,2
Середній обіг ліжка	15,26		17,2	97,2
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	16,02		15,8	89,3
Летальність	0		20	1,1
Число операцій	0			
Хірургічна активність	0			
Післяопераційна летальність	0			
Запроваджено нових методів	4		3	75
з них: лікування	4		3	75
діагностики	0		-	
профілактики	0		-	
Денний стаціонар: число ліжок	0			
проліковано хворих	0			

Таблиця 12

ДУ «ІМП ІМЕНІ Ю.І.КУНДІЄВА НАМН»	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	80		80	
Потужність консультат. поліклініки	75		75	
Консультативна поліклініка	**Абс.ч.**	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Лікарський штат: всього посад	35			
зайнято посад	28	80%		
фізичних осіб	26			
з них: вищої категорії	11	42,31%		
І категорії	1	3,85%		
ІІ категорії	1	3,85%		
докторів наук	0			
кандидатів наук	3	11,54%		
Прийнято хворих	1945		1945	100
для Київських установ - з Києва	303	15,58%	303	15,6
для сільської місцевості, з них:	401	20,62%	401	20,6%
дітей	0			
Постраждалих від аварії на ЧАЕС	0			
Учасників збройних конфліктів	192			
Число відвідувань в поліклініці	12649		19311	
Стаціонар	**Абс.ч.**	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Проліковано хворих, з них:	1074		1611	
тематичних	1074	100%	1611	100
для Київських установ - з Києва	172	16,01%	244	15,1
для сільської місцевості	305	28,4%	362	22,5
дітей				
Постраждалих від аварії на ЧАЕС				
Учасників збройних конфліктів	584			
По санітарній авіації	0			
І категорія складності	0		0	0,0
ІІ категорія складності	272	25,33%	265	16,4
ІІІ категорія складності	295	27,47%	350	21,7
ІV категорія складності	104	9,68%	134	8,3
V категорія складності	403	37,52%	862	53,5
Використано ліжко-днів	20696		28001	
Число днів роботи ліжка	258,7		350,0	
Обіг ліжка	13,43		20,3	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	19,27		17,2	
Летальність	0		-	
Число операцій	0			
Хірургічна активність	0			
Післяопераційна летальність	0			
Запроваджено нових методів з них:	3			
лікування	0			
діагностики	2			
профілактики	1			
Денний стаціонар	0		Відсутній	
Число ліжок	0		-	
Проліковано хворих	0		-	

Таблиця 13

Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. Зайцева	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	265		265	
Потужність поліклініки	45		45	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
всього посад	701		701	100
зайнято посад	571	81,46%	575,5	82,1
фізичних осіб	529		541	77,2
з них: вищої категорії	60	11,34%	77	11
І категорії	8	1,51%	13	1,9
П категорії	10	1,89%	12	1,7
докторів наук	10	1,89%	11	1,6
кандидатів наук	30	5,67%	28	4
Поліклініка: прийнято пацієнтів	19577		18238	100
з м. Харкова	13699	69,97%	13063	71,6
з сільської місцевості	4519	23,08%	3962	21,7
Дітей до 18 років	337	1,72%	275	1,5
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		1	0,005
учасників Світової війни	0		1	0,005
учасників збройних конфліктів	871		462	2,5
Кількість лікарських відвідувань	27205		18238	100
Стаціонар: проліковано пацієнтів	6950		6741	100
з них: - тематичних	6278	90,33%	6195	91,9
з м. Харкова	3712	53,41%	3811	56,5
- з сільської місцевості	2145	30,86%	2171	32,2
Дітей до 18 років	40	0,58%	57	0,8
– постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		3	0,08
учасників Світової війни	0		3	0,08
учасників збройних конфліктів	826		449	6,7
по санітарній авіації	0		-	-
І категорії складності	783	11,27%	531	7,9
П кат.	307	4,42%	488	7,2
Ш кат.	2087	30,03%	1887	28
IV кат.	1470	21,15%	1476	22
V кат.	2303	33,14%	2359	34,9
Проведено ліжко-днів	78411		88,3% від плану	
Число днів роботи ліжка	295,89		291,4	
Середній обіг ліжка	26,23		25,4	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	11,28		11,7	
Летальність	2,7		3,1	
Число операцій	6072		6221	
Хірургічна активність	64,7		67,3	
Післяопераційна летальність	2,2		2,6	
Запроваджено нових методів:	35		27	
з них: лікування	24		8	
діагностики	10		13	
профілактики	1		6	

Таблиця 14

Інститут неврології, психіатрії, наркології	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	260		260	
Потужність поліклініки	250		250	
Лікарський штат:	**Абс.ч.**	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Всього затверджених штатних посад	58		58,50	100,0
зайнято посад	53	91,38%	49,0	87,0
фізичних осіб	39		38	65,5
з них: вищої категорії	27	69,23%	25	64,1
І категорії	5	12,82%	3	7,9
ІІ категорії	5	12,82%	4	10,5
докторів наук	1	2,56%	1	2,6
кандидатів наук	5	12,82%	5	13,1
Поліклініка: прийнято пацієнтів	14666		13670	100,0
з них: з Харкова	10607	72,32%	10236	74,87
з сільської місцевості	2290	15,61%	1712	12,52
дітей до 18 років	255	1,74%	193	1,41
постраждалих від аварії на ЧАЕС	22	0,15%	24	0,17
учасників Другої Світової війни	0		-	-
учасників збройних конфліктів			102	0,74
учасників АТО/ООС, військових дій в Україні			1051	7,68
Кількість лікарських відвідувань	20258		21995	101,80
Стаціонар: проліковано пацієнтів	6069		5261	100
з них : тематичних	6021	99,21%	5201	98,9
з Харкова	3623	59,7%	3103	58,9
з сільської місцевості	1083	17,84%	667	12,6
дітей до 18 років	14	0,23%	5	0,09
постраждалих від аварії на ЧАЕС	4	0,07%	12	0,22
учасників Другої Світової війни	0		-	-
учасників збройних конфліктів			34	0,6
учасників АТО/ООС, військових дій в Україні			1017	19,3
по санітарній авіації	0		-	
І категорії складності	0		-	-
ІІ кат.	0		-	-
ІІІ кат.	0		-	-
IV кат.	1702	28,04%	1615	30,6
V кат.	4370	72,01%	3646	69,4
Проведено ліжко-днів	109736		99471(127% плану)	
Число днів роботи ліжка	422,06		382,58	
Середній обіг ліжка	23,34		20,31	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	18,08		18,83	
Летальність	0,14		0,06	
Число операцій	845		586	
Хірургічна активність	55		39,3	
Післяопераційна летальність	0			
Запроваджено нових методів	32		45	
з них: лікування	16		27	
Діагностики	14		16	
Профілактики	2		2	
Денний стаціонар: число ліжок	0		-	
проліковано хворих	0		-	

Таблиця 15

Інститут гастроентерології	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	204		204	
Потужність поліклініки	200		200	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього затверджено штатних посад	42		42,5	100
зайнято посад	32	76,19%	34,5	81,17
фізичних осіб	41		44	
з них: вищої категорії	28	68,29%	27	73,0
І категорії	1	2,44%	3	8,1
ІІ категорії	2	4,88%	3	8,1
докторів наук	2	4,88%		
кандидатів наук	15	36,59%	12	
Поліклініка: прийнято пацієнтів	10410		12919	100
з них: з м. Дніпро	5745	55,19%	6479	50,2
з сільської місцевості	1314	12,62%	1489	11,53
дітей до 18 років	991	9,52%	1005	7,8
постраждалих від аварії на ЧАЕС	4	0,04%	5	0,04
учасників Другої Світової війни	0		1	0,08
учасників військових дій на території України	1414		596	4,61
Кількість лікарських відвідувань	43432		41596	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	4198		3596	100
з них: тематичних	3674	87,52%	3152	87,65
м. Дніпро	2093	49,86	1575	43,8
з сільської місцевості	805	19,18	687	19,1
дітей до 18 років	369	8,79%	94	2,6
постраждалих від аварії на ЧАЕС	2	0,05%	3	0,08
учасників Другої Світової війни	0		1	0,02
учасників військових дій на території України	480		249	6,92
По санітарній авіації	0			
І категорія складності	0			
ІІ категорії складності	39	0,93	33	0,92
ІІІ категорії складності	2363	56,29	2055	57,15
IV категорії складності	1460	34,78	1215	33,78
V категорії складності	336	8	293	8,15
Проведено ліжко-днів, % від плану	50903		44135 (74,10%)	
Число днів роботи ліжка	249,52		293,56	
Середній обіг ліжка	20,58		17,6	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	12,13		12,27	
Летальність, %	0		-	
Число операцій	692		708	
Хірургічна активність, %	79		78,29	
Післяопераційна летальність %	0		-	
Запроваджено нових методів	48		33	
з них: лікування	25		17	
діагностики	23		16	
профілактики	0		-	

Таблиця 16

Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова	**2024**		**2023**	
Ліжковий **фонд**	245		245	
Потужність поліклініки	50		50	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього посад	70,75		70,75	
зайнято посад	70,75	100%	70,75	100
фізичних осіб	61		61	100
з них: вищої категорії	40	65,57%	41	67.2
І категорії	4	6,56%	8	13,1
ІІ категорії	3	4,92%	3	4,9
докторів наук	5	8,2%	5	8,2
кандидатів наук	20	32,79%	17	27,9
Поліклініка: прийнято пацієнтів	18941		18067	
з них: з Києва	15579	82,25%	15194	84,1
з сільської місцевості	676	3,57%	709	3,9
дітей до 18 років	0		-	-
постраждалих від аварії на ЧАЕС	18	0,1%	17	0,09
учасників ІІ Світової війни	6	0,03%	15	0,08
учасників збройних конфліктів	104		517	2,9
Кількість лікарських відвідувань	35711		18483	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	3987		3099	
з них : тематичних	3701	92,83%	2867	92,5
з них: з Києва	2717	68,15%	2053	66,2
з сільської місцевості	579	14,52%	482	15,6
дітей до 18 років	0		-	-
постраждалих від аварії на ЧАЕС	9	0,23%	0	0
учасників ІІ Світової війни	15	0,38%	11	0,4
учасників збройних конфліктів	83		106	3,4
по санітарній авіації	0		-	-
І категорії складності	0		-	-
ІІ кат.	42	1,05%	58	1,9
ІІІ кат.	1963	49,24%	1675	54,0
ІV кат.	1674	41,99%	1092	35,2
V кат.	308	7,73%	274	8,8
Проведено ліжко-днів	50841		57330 (78 % від пл)	
Число днів роботи ліжка	207,51		233,9 (300% плану)	
Середній обіг ліжка	16,27		12,6 (13,1% плану)	
Середня тривалість перебуван. хворого на ліжку	12,75		18,5 (20,5% плану)	
Летальність	0		0	
Число операцій	0			
Хірургічна активність	0			
Післяопераційна летальність	0			
Запроваджено нових методів	7		4	
з них: лікування	7		1	
діагностики	0		3	
профілактики	0		0	
Денний стаціонар: число ліжок	12		12	
проліковано хворих	0		0	
Спеціалізовані центри: число центрів	0		0	
проліковано хворих	0		0	

Таблиця 17

Інститут охорони здоров`я дітей та підлітків	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	220		220	
Потужність поліклініки	250		250	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього посад	48.25		50,75	
зайнято посад	41.75	(86,53%)	43,00	84,72
фізичних осіб	23		37	
з них: вищої категорії	28		31	83,78
I категорії	3	13,04%	3	ВД
II категорії	2	8,7%	2	5,4
докторів наук	0		-	
кандидатів наук	16	69,57%	14	37,8
Поліклініка: прийнято пацієнтів	22639		24907	100,0
з них: з Харкова	17625	77,85%	18441	74,0
з сільської місцевості	2028	8,96%	1710	6,9
дітей до 18 років	14082	62,2%	24907	100,0
постраждалих від аварії на ЧАЕС	86	0,38%	81	0,3
учасників II Світової війни	0			
Кількість лікарських відвідувань	35431	34789	517	2,9
Стаціонар: проліковано пацієнтів	1676		1492 (100 %)	
з них : тематичних	1341	80,01%	1219	81,7
з Харкова	1007	60,08%	837	56,1
з сільської місцевості	155	9,25%)	181	12,1
дітей до 18 років	958	57,16%	1492	100,0
постраждалих від аварії на ЧАЕС	19	1,13%	42	2,8
учасників II Світової війни	0		-	-
по санітарній авіації	0		-	-
I категорії складності	43	2,57%	28	1,9
II кат.	128	7,64%	107	7,2
III кат.	294	17,54%	214	14,3
IV кат.	340	20,29%	348	23,3
V кат.	871	51,97%	795	53,3
Проведено ліжко-днів	26063		25548	38,5
Число днів роботи ліжка	118,47		116	
Середній обіг ліжка	7,62		6,8	
Середня тривалість перебуван. хворого на ліжку	15,55		17,1	
Летальність	0		0	
Число операцій	0		-	
Хірургічна активність	0		-	
Післяопераційна летальність	0		-	
Запроваджено нових методів	25		25	
з них: лікування	9		9	
діагностики	16		16	
профілактики	0			
Денний стаціонар: число ліжок	0		0	
проліковано хворих	0		0	
Спеціалізовані центри: число центрів	1			

Таблиця 18

Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	475		475	
Потужність поліклініки	300		300	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього посад	133,25		133,25	100
зайнято посад	125,75	94,37%	124	93,05
фізичних осіб	143		141	100
з них: вищої категорії	96	67,13%	95	67,3
I категорії	6	4,2%	6	4,2
II категорії	2	1,4%	3	2,1
докторів наук	2	1,4%	2	1,4
кандидатів наук	33	23,08%	34	24,1
Поліклініка: прийнято пацієнтів	53331		53046	100
з них: з Одеси	19818	37,16%	20098	37,8
з сільської місцевості	13958	26,17%	14122	26,6
дітей до 18 років	15450	28,97%	13679	25,7
постраждалих від аварії на ЧАЕС	110	0,21%	144	0,2
учасників Другої Світової війни	0		745	1,4
учасників АТО/ООС, військових дій на Україні	3551		1030	1,94
Кількість лікарських відвідувань	196519		181173	(112 %)
Стаціонар: проліковано пацієнтів	14124		13715	100
з них : тематичних	10175	72,04%	13289	96,9
з Одеси	3296	23,34%	3408	24,8
з сільської місцевості	4207	29,79%	4093	29,8
дітей до 18 років	1612	11,41%	1494	10,8
постраждалих від аварії на ЧАЕС	149	1,05%	122	0,88
учасників Другої Світової війни	0		182	1,32
учасників АТО/ООС, військових дій на Україні	1515		1203	8,7
по санітарній авіації	0		-	-
I категорії складності	1123	7,95%	1007	5,8
II кат.	2211	15,65%	2124	12,4
III кат.	2994	21,2%	2988	17,4
IV кат.	4503	31,88%	4481	26,2
V кат.	6733	47,67%	6500	38,2
Проведено ліжко-днів	139997		103,1% від плану	
Число днів роботи ліжка	294,73		276,3	
Середній обіг ліжка	29,73		28,8	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,91		9,5	
Летальність	0		0,007%	
Число операцій	17564		17100	
Хірургічна активність	79.3		90,1%	
Післяопераційна летальність	0		0%	
Запроваджено нових методів	11		12	
з них: лікування	9		7	
діагностики	1		4	
профілактики	1		1	
Денний стаціонар: число ліжок	0		-	
проліковано хворих	0		-	
Спеціалізовані центри: число центрів	5			

Таблиця 19

Інститут проблем ендокринної патології	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	140		140	
Потужність поліклініки	144		144	
Лікарський штат:	**Абс. ч.**	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Всього затверджених штатних посад	48		15,25	100
зайнято посад	43(89,58%)		14,5	95,1
фізичних осіб	41		14	91,8
з них: вищої категорії	26(63,41%)		10	65,6
I категорії	5(12,2%)		2	13,1
II категорії	2(4,88%)		-	-
докторів наук	1(2,44%)		-	-
кандидатів наук	15(36,59%)		5	32,8
Поліклініка: прийнято пацієнтів	17909		15324	100
з них: з Харкова	13140(73,37%)		10751	70,09
з сільської місцевості	2762(15,42%)		2403	15,68
дітей до 18 років	273(1,52%)		215	1,40
постраждалих від аварії на ЧАЕС	19(0,11%)		24	0,16
учасників II Світової війни	0		-	-
учасників АТО/ООС, війни на Україні	1551		896	5,84
Кількість лікарських відвідувань	32893		71815	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	2305		2066	100
з них : тематичних	1280(55,53%)		1224	59,24
з Харкова	1432(62,13%)		1161	56,19
з сільської місцевості	478(20,74%)		485	23,47
дітей до 18 років	10(0,43%)		9	0,43
постраждалих від аварії на ЧАЕС	10(0,43%)		21	1,02
учасників II Світової війни	0		-	-
учасників АТО/ООС, війни на Україні	190		152	7,35
по санітарній авіації	0		-	-
I категорії складності	0		-	-
II кат.	0		-	-
III кат.	0		-	-
IV кат.	618(26,81%)		344	18,25
V кат.	1687(73,19%)		1689	81,75
Проведено ліжко-днів	26228		23912 (56,2%)	
Число днів роботи ліжка	187,34		170,8	
Середній обіг ліжка	16,46		14,7	
Серед. трив. перебування хворого на ліжку	11,38		11,6	
Летальність	0		0%	
Число операцій	845		861	
Хірургічна активність	96		96,7%	
Післяопераційна летальність	0		0,0%	
Запроваджено нових методів	10		11	
з них: лікування	4		1	
діагностики	5		9	
профілактики	1		1	
Денний стаціонар: число ліжок	5		5	
проліковано хворих	179		206	

Таблиця 20

Інститут патології крові та трансфузійної медицини	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	62		62	
Потужність поліклініки	103		103	
	Абс. ч.	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Лікарський штат: всього посад	47		42	100
зайнято посад	38	(80,85%)	36,5	86,9
фізичних осіб	32		29	69
з них: вищої категорії	29	(90,63%)	29	69
I категорії	4	(12,5%)	4	9,5
II категорії	4	(12,5%)	5	11,9
докторів наук	1	(3,13%)	1	2,4
кандидатів наук	7	(21,88%)	10	23,8
Поліклініка: прийнято пацієнтів	15508		18028	100
з них: для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	9888	(63,76%)	11079	61,5
з сільської місцевості	5561	(35,86%)	5543	30,7
дітей до 18 років	59	(0,38%)	61	0,3
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0			
учасників II Світової війни				
учасники АТО/ООС, війна на Україні	395	(2,55%)	335	1,9
Кількість лікарських відвідувань	20137		26391	
Стаціонар: проліковано пацієнтів	1314		1640	100
з них : тематичних	1161	(88,36%)	1574	96
для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	807	(61,42%)	616	37,6
з сільської місцевості	507	(38,58%)	782	47,7
дітей до 18 років	0			
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0			
учасників II Світової війни				
учасники АТО/ООС, війна на Україні	45	(3,42%)	69	4,2
по санітарній авіації	0			
I категорії складності	0			
II кат.	0			
III кат.	146	(11,11%)	148	9,0
IV кат.	970	(73,82%)	1279	78,0
V кат.	198	(15,07%)	213	13,0
Проведено ліжко-днів	10199		12959 (79,0 % плану)	
Число днів роботи ліжка	164,5		209	
Середній обіг ліжка	21,19		26,0	
Серед. трив. перебування хворого на ліжку	7,76		7,9	
Летальність	0		0,9 %	
Число операцій	343		412	
Хірургічна активність	79		87,0%	
Післяопераційна летальність	0		0%	
Запроваджено нових методів	6		7	
з них: лікування	2		2	
діагностики	3		4	
профілактики	1		1	
Денний стаціонар: число ліжок	0			
проліковано хворих	0			
Спеціалізовані центри: число центрів	1		1	

Таблиця 21

ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ»	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	240		240	
Потужність поліклініки	85		46	
	Абс. ч.	**%**	**Абс. ч.**	**%**
Лікарський штат: Всього посад	67.5		66,5	100%
зайнято посад	64	94,81%	60	90,2%
фізичних осіб	61		61	91,7%
з них: вищої категорії	43	70,49%	46	69,1%
I категорії	7	11,48%	3	4,5%
II категорії	6	9,84%	4	6,0 %
докторів наук	4	6,56%	5	7,5%
кандидатів наук	23	37,7%	26	39,0 %
Поліклініка: прийнято пацієнтів	24182		16544	100%
з них: з Харкова	16769	69,34%	12569	76, 0%
з сільської місцевості	3240	13,4%	2308	10,2%
дітей до 18 років	2825	11,68%	2613	15,8%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		10	0,1
учасників збройних конфліктів	2630		1271	8,6%
Кількість лікарських відвідувань	24182		17891	107,6%
Стаціонар: проліковано пацієнтів	3327		2973	100%
з них : тематичних	0			
з них: з Харкова	1708	51,34%	1380	43,2%
з сільської місцевості	583	17,52%	599	17,5%
дітей до 18 років	226	6,79%	214	6,7%
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0		17	0,3%
учасників 2 Світової війни	0		0	0
учасників збройних конфліктів	917		1270	36,2%
по санітарній авіації	0			
I категорії складності	0			
II кат.	0			
III кат.	0		433	
IV кат.	0		889	
V кат.	0		1241	
Проведено ліжко-днів	59583		78294 (97,6%)	
Число днів роботи ліжка	248,26		326,2	
Середній обіг ліжка	13,86		12,6	
Серед. трив. перебування хворого на ліжку	17,91		26,3	
Летальність	0,06		0,1 %	
Число операцій	2046		1994	
Хірургічна активність	61,6		67,0 %	
Післяопераційна летальність	0,1		0,0%	
Запроваджено нових методів	9		18	
з них: лікування	8		12	
діагностики	1		3	
профілактики	0		3	

Таблиця 22

Інститут стоматології та щелепо-лицьової хірургії	**2024**		**2023**	
Ліжковий фонд	75		75	
Потужність поліклініки	250		250	
	Абс.ч.	**%**	**Абс.ч.**	**%**
Лікарський штат: всього штатних посад	42		42	
зайнято посад	39	(92.86%)	39	92,9
фізичних осіб	50		50	
з них: вищої категорії	29	(58%)	34	54,9
І категорії	10	20%)	8	12,9
ІІ категорії	9	(18%)	6	9,6
докторів наук	2	(4%)	2	3,2
кандидатів наук	12	(24%)	12	19,4
Поліклініка: прийнято пацієнтів	8773		10706	
з них: для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	3530	40,24%	8860	82,8
з сільської місцевості	5243	59,76%	1845	17,2
дітей до 18 років	3901	44,47%	5049	47,2
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0			
учасників Другої Світової війни				
військових дій на території України	622	7,09%	1373	15,1
Кількість лікарських відвідувань	49005		56669	115,6% плану
Стаціонар: проліковано пацієнтів	2189		2534	168,9%
з них : тематичних	139	6,35%	90	7
для київських установ з Києва, для інших – з міст їх розташування	795	36,32%	1417	55,9
з сільської місцевості	1394	63,68%	1117	44,1
дітей до 18 років	951	43,44%	1343	52,9
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0			
учасників Другої Світової війни				
військових дій на території України	139	6,35%	136	5,4
по санітарній авіації	0			
І категорії складності	6	0,27%	4	0,2
ІІ кат.	233	10,64%	246	9,9
ІІІ кат.	796	36,36%	1012	40,9
ІV кат.	598	27,32%	755	30,5
V кат.	521	23,8%	455	18,5
Проведено ліжко-днів	19922		107,3% від плану	
Число днів роботи ліжка	265,63		272,2	
Середній обіг ліжка	29,19		33,8	
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,1		8,1	
Летальність	0		0%	
Число операцій	2154		2472	
Хірургічна активність	98		97%	
Післяопераційна летальність	0		0%	
Запроваджено нових методів	6		8	
з них: лікування	2		4	
діагностики	1		2	
профілактики	3		2	
Денний стаціонар: число ліжок	10		10	
проліковано хворих	228		220	

Таблиця 23

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова	2024 р.
Ліжковий фонд	361
Потужність поліклініки	70
Лікарський штат: всього посад	225
зайнято посад	191 (84,89%)
фізичних осіб	162
з них: вищої категорії	129 (79,63%)
I категорії	9 (5,56%)
II категорії	12 (7,41%)
докторів наук	22 (13,58%)
кандидатів наук	68 (41,98%)
Поліклініка: прийнято хворих	38266
з них: з міст розташування установи	15618 (40,81%)
з сільської місцевості	8193 (21,41%)
дітей	1926 (5,03%)
постраждалих від аварії ЧАЕС	89 (0,23%)
учасників ВВВ	4 (0,01%)
Число відвідувань в поліклініці	41841
Стаціонар: проліковано хворих	6380
з них: тематичних	5556 (87,08%)
з міст розташування установи	1602 (25,11%)
з сільської місцевості	1831 (28,7%)
дітей	304 (4,76%)
постраждалих від аварії на ЧАЕС	12 (0,19%)
по санітарній авіації	36 (0,56%)
I кат. складності	2 (0,03%)
II кат.	62 (0,97%)
III кат.	479 (7,51%)
IV кат.	2226 (34,89%)
V кат.	2445 (38,32%)
Використано ліжко-днів	84571
Число днів роботи ліжка	234,27
Середній обіг ліжка	17,67
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	13,26
Летальність (%)	0
Число операцій	5214
Хірургічна активність (%)	81
Післяопераційна летальність (%)	0
Запроваджено нових методів	68
з них: лікування	52
діагностики	16
профілактики	0
Денний стаціонар: число ліжок	0
Спеціалізовані центри: число центрів	0

Таблиця 24

Інститут фтизіатрії і пульмонології	2024 р.
Ліжковий фонд	725
Потужність поліклініки	400
Лікарський штат: всього посад	168
зайнято посад	120 (71,43%)
фізичних осіб	122
з них: вищої категорії	72 (59,02%)
I категорії	7 (5,74%)
II категорії	5 (4,1%)
докторів наук	5 (4,1%)
кандидатів наук	21 (17,21%)
Поліклініка: прийнято хворих	22921
з них: з міст розташування установи	10592 (46,21%)
з сільської місцевості	3808 (16,61%)
дітей	3700 (16,14%)
постраждалих від аварії ЧАЕС	0
по санітарній авіації	0
Число відвідувань в поліклініці	30570
Стаціонар: проліковано хворих	8514
з них: тематичних	2488 (29,22%)
з міст розташування установи	3318 (38,97%)
з сільської місцевості	1415 (16,62%)
дітей	1126 (13,23%)
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0
по санітарній авіації	0
I кат. складності	0
II кат.	0
III кат.	1676 (19,69%)
IV кат.	3588 (42,14%)
V кат.	3250 (38,17%)
Використано ліжко-днів	235734
Число днів роботи ліжка	325,15
Середній обіг ліжка	11,74
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	27,69
Летальність (%)	0,21
Число операцій	1501
Хірургічна активність (%)	61
Післяопераційна летальність (%)	0.1
Запроваджено нових методів	50
з них: лікування	29
діагностики	18
профілактики	3
Денний стаціонар: число ліжок, проліковано хворих	0
Спеціалізовані центри: число центрів	0

Таблиця 25

Інститут травматології і ортопедії	**2024 р.**
Ліжковий фонд	430
Потужність поліклініки	200
Лікарський штат: всього посад	137,75
зайнято посад	114,5 (83,12%)
фізичних осіб	104
з них: вищої категорії	59 (56,73%)
I категорії	3 (2,88%)
II категорії	2 (1,92%)
докторів наук	1 (0,96%)
кандидатів наук	25 (24,04%)
Поліклініка: прийнято хворих	94544
з них: з міст розташування установи	43127 (45,62%)
з сільської місцевості	14360 (15,19%)
дітей	5480 (5,8%)
постраждалих від аварії ЧАЕС	0
Число відвідувань в поліклініці	94544
Стаціонар: проліковано хворих	12928
з них: тематичних	12533 (96,94%)
з міст розташування установи	5104 (39,48%)
з сільської місцевості	2481 (19,19%)
дітей	883 (6,83%)
постраждалих від аварії на ЧАЕС	0
по санітарній авіації	0
I кат. складності	11 (0,09%)
II кат.	55 (0,43%)
III кат.	410 (3,17%)
IV кат.	6629 (51,28%)
V кат.	5823 (45,04%)
Використано ліжко-днів	118956
Число днів роботи ліжка	276,64
Середній обіг ліжка	30,07
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,2
Летальність (%)	0,05
Число операцій	13050
Хірургічна активність (%)	91,06
Післяопераційна летальність (%)	0,04
Запроваджено нових методів	25
з них: лікування	17
діагностики	8
профілактики	0
Денний стаціонар: число ліжок	20
проліковано хворих	497
Спеціалізовані центри: число центрів	0

Таблиця 26

Інститут ендокринології та обміну речовин	2024 р.
Ліжковий фонд	182
Потужність поліклініки	150
Лікарський штат: всього посад	80,25
зайнято посад	59 (73,52%)
фізичних осіб	54
з них: вищої категорії	5 (9,26%)
I категорії	5 (9,26%)
II категорії	2 (3,7%)
докторів наук	3 (5,56%)
кандидатів наук	7 (12,96%)
Поліклініка: прийнято хворих	29233
з них: з міст розташування установи	21922 (74,99%)
з сільської місцевості	14609 (49,97%)
дітей	2621 (8,97%)
постраждалих від аварії ЧАЕС	108 (0,37%)
учасників ВВВ	1
Число відвідувань в поліклініці	48385
Стаціонар: проліковано хворих	5371
з них: тематичних	4875 (90,77%)
з міст розташування установи	1766 (32,88%)
з сільської місцевості	1103 (20,54%)
дітей	665 (12,38%)
I кат. складності	5 (0,09%)
II кат.	570 (10,61%)
III кат.	2088 (38,88%)
IV кат.	1508 (28,08%)
V кат.	749 (13,95%)
Використано ліжко-днів	50269
Число днів роботи ліжка	276,2
Середній обіг ліжка	29,51
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,36
Летальність (%)	0
Число операцій	2017
Хірургічна активність (%)	100
Післяопераційна летальність (%)	0
Запроваджено нових методів	13
з них: лікування	5
діагностики	6
профілактики	2
Денний стаціонар: число ліжок	14
проліковано хворих	146
Спеціалізовані центри: число центрів	0

Таблиця 27

Інститут урології	2024 р.
Ліжковий фонд	160
Потужність поліклініки	150
Лікарський штат: всього посад	118
зайнято посад	80 (67,8%)
фізичних осіб	75
з них: вищої категорії	41 (54,67%)
I категорії	6 (8%)
II категорії	8 (10,67%)
докторів наук	0
кандидатів наук	20 (26,67%)
Поліклініка: прийнято хворих	6148
з них: з міст розташування установи	4309 (70,09%)
з сільської місцевості	248 (4,03%)
дітей	292 (4,75%)
постраждалих від аварії ЧАЕС	121 (1,97%)
учасників ВВВ	0
Число відвідувань в поліклініці	19254
Стаціонар: проліковано хворих	4387
з них: тематичних	4387 (100%)
з міст розташування установи	1756 (40,03%)
з сільської місцевості	897 (20,45%)
дітей	107 (2,44%)
постраждалих від аварії на ЧАЕС	39(0,89%)
по санітарній авіації	0
I кат. складності	349 (7,96%)
II кат.	679 (15,48%)
III кат.	615 (14,02%)
IV кат.	627 (14,29%)
V кат.	2117 (48,26%)
Використано ліжко-днів	33268
Число днів роботи ліжка	207,93
Середній обіг ліжка	27,42
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	7,58
Летальність (%)	0,1
Число операцій	5588
Хірургічна активність (%)	91
Післяопераційна летальність (%)	0
Запроваджено нових методів	15
з них: лікування	5
діагностики	10
профілактики	0
Денний стаціонар: число ліжок, проліковано хворих	0
Спеціалізовані центри: число центрів	0

Таблиця 28

Інститут медичної радіології	**2024 р.**
Ліжковий фонд	200
Потужність поліклініки	120
Лікарський штат: всього посад	90
зайнято посад	73 (81,11%)
фізичних осіб	81
з них: вищої категорії	50 (61,73%)
I категорії	8 (9,88%)
II категорії	6 (7,41%)
докторів наук	5 (6,17%)
кандидатів наук	24 (29,63%)
Поліклініка: прийнято хворих	17676
з них: з міст розташування установи	12388 (70,08%)
з сільської місцевості	5201 (29,42%)
дітей	13 (0,07%)
постраждалих від аварії ЧАЕС	36 (0,2%)
Число відвідувань в поліклініці	34822
Стаціонар: проліковано хворих	4270
з них: тематичних	3418 (80,05%)
з міст розташування установи	2182 (51,1%)
з сільської місцевості	1018 (23,84%)
дітей	0
постраждалих від аварії на ЧАЕС	3 (0,07%)
по санітарній авіації	0
I кат. складності	85 (1,99%)
II кат.	1043 (24,43%)
III кат.	1355 (31,73%)
IV кат.	1443 (33,79%)
V кат.	344 (8,06%)
Використано ліжко-днів	58058
Число днів роботи ліжка	290,29
Середній обіг ліжка	21.35
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	13.6
Летальність (%)	0
Число операцій	1225
Хірургічна активність (%)	28
Післяопераційна летальність (%)	1
Запроваджено нових методів	11
з них: лікування	5
діагностики	4
профілактики	2
Денний стаціонар: число ліжок	60
проліковано хворих	2041
Спеціалізовані центри: число центрів	3

Таблиця 29

Інститут спадкової патології	2024 р.
Ліжковий фонд	0
Потужність поліклініки	50
Лікарський штат: всього посад	20
зайнято посад	20 (100%)
фізичних осіб	20
з них: вищої категорії	15 (75%)
I категорії	1 (5%)
II категорії	2 (10%)
докторів наук	0
кандидатів наук	4 (20%)
Поліклініка: прийнято хворих	7448
з них: з міст розташування установи	6864 (92,16%)
з сільської місцевості	3590 (48,2%)
Дітей	3575 (48%)
Число відвідувань в поліклініці	22986
Стаціонар: проліковано хворих	0
з них: тематичних	0
з міст розташування установи	0
з сільської місцевості	0
дітей	0
по санітарній авіації	0
I кат. складності	0
II кат.	0
III кат.	0
IV кат.	0
V кат.	0
Використано ліжко-днів	0
Число днів роботи ліжка	0
Середній обіг ліжка	0
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	0
Летальність (%)	0
Число операцій	0
Хірургічна активність (%)	0
Післяопераційна летальність (%)	0
Запроваджено нових методів	11
з них: лікування	1
діагностики	6
профілактики	4
Денний стаціонар: число ліжок, проліковано хворих	0
Спеціалізовані центри: число центрів	1

ДОДАТОК 3

Анкета

Анкета складена для вивчення Вашого психологічного стану в даний момент часу. На деякі з питань необхідно відповісти якомога докладніше, інші припускають відповіді лише «так» чи «ні». Для простоти заповнення питання супроводжуються коротким поясненням

1. Ви звернулися на консультацію до психотерапевта:
   - ☐ За рекомендацією лікаря поліклініки чи стаціонару □
   - ☐ За власним бажанням □
   - ☐ Давно планували візит, але не було нагоди □
   - ☐ З інших причин □
2. Ваш вік
   - ☐ До 20 років □
   - ☐ Від 20 до 44 років □
   - ☐ Від 44 до 60 років □
   - ☐ Від 60 до 75 років □
3. Чоловік □ Жінка □
4. Військовий/ва □ Цивільний/а □
5. Ваші близькі або рідні на війні
   Так □ Ні □
6. Ваші близькі або рідні загинули під час війни
   Так □ Ні □
7. Ваші близькі або рідні зникли під час війни
   Так □ Ні □
8. Ваші близькі або рідні перебувають у полоні
   Так □ Ні □
9. Ви вимушено переїхали зі свого окупованого міста або села
   Так □ Ні □
10. Ваші особисті, родинні стосунки погіршилися через війну?
    Так □ Ні □
11. Маєте пошкоджене або втрачене через війну майно
    Так □ Ні □
12. Чим ви хворіли за останні 10 років?
    Ваша відповідь:
    _____
    _____
    _____
13. Чи зверталися по допомогу, отримували лікування?
    Так □ Ні □

14. Якщо отримували стаціонарне лікування – скільки разів за останні 10 років?
    До трьох разів □
    До п’яти разів □
    Десять разів і більше □
15. Чи відчували покращення від лікування?
    Повне одужання □
    Суттєве покращення стану □
    Часткове покращення стану □
    Незначне покращення стану □
    Відсутність покращення □
16. Чи мали за останні 10 років порушення емоційного стану (настрою, сну, підвищення рівню тривоги тощо)?
    Так □ Ні □
17. Чи зверталися з цього приводу по допомогу (психолог, психотерапевт, психіатр, лікар іншого профілю)?
    Так □ Ні □
18. Яку саме допомогу отримували?
    Медикаментозну □
    Психотерапевтичну □
    Поєднання медикаментів та психотерапії □
19. Чи відчували покращення від лікування?
    Повне одужання □
    Суттєве покращення стану □
    Часткове покращення стану □
    Незначне покращення стану □
    Відсутність покращення □
20. Чи готові почати або продовжити коригувати наслідки тривалого стресу, психологічні чи психічні порушення? Та у якому об’ємі?
    Налаштована/ний на медикаментозне лікування □
    Налаштована/ний на психотерапію □
    Налаштована/ний на поєднання медикаментів та психотерапії □
    Не маю очікувань, готова/ий почути рекомендації фахівця □
    Не хоч у починати лікування, бо не вірю у його ефективність □
    Не хочу починати лікування, бо боюсь негативних наслідків □

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

_____

(керівник закладу)

_____

«_____» _____20_____ р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: ***«Вплив наслідків пандемії COVID-19 та воєнних дій на здоров'я населення»*** *(Посібник).*

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

Підготовлено робочою групою у складі: Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Корнацький Ю.В., Бєляєва 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, ПТСР та інших захворюваннях*

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

_____

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених 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)

Наукове видання

ВПЛИВ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВОЄННИХ ДІЙ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

(посібник)

Під редакцією

Коваленка Володимира Миколайовича,

Гриня Владислава Костянтиновича,

Корнацького Василя Михайловича

Підп. до друку 15.07.2026. Формат 60х84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Ум. друк. арк. 16,5.
Наклад 500 прим. Вид. № 09-26.

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 636255512. E-mail: book_brama@ukr.net