

УДК 796.011.1-057.87

Голод Н.Р.

ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ВИЗНАЧНИЙ ФАКТОР ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІЇ

Стаття присвячена аналізу структури захворюваності населення світу та України зокрема, виявленню факторів ризику, загальних для основних неінфекційних захворювань, науковому обґрунтуванню чинників, які є причиною виникнення хронічних неінфекційних захворювань та їх вплив на демографічну ситуацію в Україні та на здоров'я всієї нації загалом. Встановлено причини які призводять до поглиблення масштабів цієї епідемії, значних медико-соціальних втрат та економічних збитків.

Ключові слова: хронічні неінфекційні захворювання, фактори ризику, профілактика, демографічний стан.

Постановка проблеми та її зв'язок з науковими і практичними завданнями. На даний час Україна входить у п'ятірку найбільших країн Європи за чисельністю населення, посідаючи п'яте місце після Німеччини, Великої Британії, Франції та Італії. Однак упродовж останніх десятиліть кількість населення в Україні зменшується [10]. Впродовж 2009-2013 рр. ця тенденція дещо уповільнилася – за оцінкою Державної служби статистики України за останні п'ять років населення країни скоротилося на 0,9 млн. осіб і становило (станом на початок 2014 р.) 45,4 млн. осіб. Скорочення чисельності відбувається переважно через перевищення смертності над народжуваністю [8, 10]. Прогностичні показники свідчать про збереження тенденції збільшення рівня смертності в Україні до 17 % у 2015 році [14].

Високий рівень смертності в Україні обтяжений тим, що він стосується людей працездатного віку – стандартизований коефіцієнт смертності населення у працездатному віці у 2,4 рази перевищує аналогічний показник країн ЄС і в 1,5 рази – середній показник у Європі [13].

Незадовільний демографічний стан ускладнюється низькою народжуваністю, високим рівнем поширеності хронічних неінфекційних захворювань, невисокої очікуваної тривалості життя при народженні (у чоловіків – 66,12 років, у жінок – 76,03 років (за даними 2013 року)) [3, 4].

Впродовж останніх п'яти років в Україні спостерігається зменшення рівня первинної захворюваності – на 4,85%. Водночас показник поширеності хвороб у цей період дещо зріс – до 185 462,7 на 100 000 осіб населення. Таким чином, зберігається проблема накопичення хронічної патології серед всіх вікових груп населення України. Структуру первинної захворюваності формують переважно хвороби органів дихання; системи кровообігу; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників; хвороби сечостатевої системи; хвороби шкіри та підшкірної клітковини [3, 4].

Лідуючі позиції в формуванні структури поширеності хвороб належать захворюванням системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини [9].

У країнах Європи в першому десятилітті ХХІ ст. відбулися суттєві зрушення в показниках здоров'я населення. З одного боку, є значні досягнення: подовження середньої очікуваної тривалості життя, зменшення смертності від низки причин, скорочення поширеності певних чинників ризику, поліпшення деяких соціально-економічних детермінант. З іншого боку, багато країн зіткнулися з новими викликами та загрозами для громадського здоров'я, пов'язаними з демографічними зсувами, змінами переважаючого типу патології з інфекційної на неінфекційну (внаслідок вживання антибіотиків), посиленням проявів нездорового способу життя, нерівністю в стані здоров'я та його охороні між населенням окремих країн, а також між окремими його прошарками всередині країн [16].

У 2011 році ООН оголосила про епідемію ХНІЗ у світі. До 2030 року ВООЗ прогнозує збільшення смертей від неінфекційних хвороб до 52 млн. на рік. До хронічних неінфекційних захворювань включають хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, цукровий діабет та інші хвороби. На хронічну патологію страждають до 60 % дорослого та майже 20 % дитячого населення.

Хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) спричиняють глобальні соціально економічні втрати населення багатьох країн світу, включаючи й Україну. Саме вони на 82,8 % визначають рівень загальної смертності всього населення нашої країни і на 62,4 % – смертність населення працездатного віку [1].

Мета роботи: аналіз наявних факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань та їх вплив на здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Досвід великого числа країн показав, що реалізація науково-обґрунтованих профілактичних і лікувальних заходів дозволяє протягом 15-20 років знизити смертність від серцево-судинної патології та ХНІЗ в цілому в два і більше разів. При цьому внесок профілактичних заходів, істотно менш витратних в порівнянні з лікувальними, обумовлює успіх більш, ніж на 50 %. У реалізації заходів профілактики виділяється два основних напрямки дій – формування

здорового способу життя населення та рання діагностика ХНІЗ та факторів ризику їх розвитку з подальшою своєчасною корекцією.

Як показують узагальнені дані чисельних досліджень, проведених у різних країнах, розподіл впливу на передчасну смертність різних факторів, які характеризують спосіб життя населення, і деяких інших причин сьогодні виглядає в середньому так: режим харчування – 25 %, куріння – 25 %, рухова активність – 22 %, надмірне споживання алкогольних напоїв – 10 %, інфекційні захворювання – 7 %, токсичні фактори, необґрунтоване й надмірне застосування лікарських засобів – 6 %, венеричні захворювання – 2,5 %, дорожній травматизм – 1,5 %, вогнепальна зброя – 1 %. В даний час вивчені фактори ризику, що призводять до виникнення ХНІЗ. Доведено, що вісім факторів ризику обумовлюють до 75 % смертності від цих видів патології: підвищений АТ, дисліпідемія, куріння, нерациональне харчування (недостатнє споживання фруктів і овочів, надмірне споживання солі, тваринних жирів і надмірна калорійність їжі), низький рівень фізичної активності, підвищений рівень глюкози в крові, надмірна маса тіла і ожиріння, надмірне вживання алкоголю [7].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ визначення в кожній країні найбільш істотних факторів ризику ХНІЗ, їх цілеспрямована корекція, а також контроль їх динаміки є основою системи факторної профілактики самих ХНІЗ (табл. 1) [11].

Таблиця 1

**Фактори ризику, загальні для основних неінфекційних захворювань
(за даними Global health risks: mortality and burden of disease attributable
to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009) [11]**

Фактор ризику	Серцево-судинні захворювання	Цукровий діабет	Онкологічні захворювання	Респіраторні захворювання
Куріння	+	+	+	+
Зловживання алкоголем	+		+	
Нерациональне харчування	+	+	+	+
Недостатня фізична активність	+	+	+	+
Ожиріння	+	+	+	+
Підвищення АТ	+	+		
Гіперглікемія	+	+	+	
Гіперхолестеринемія	+	+	+	

Основні фактори ризику відповідають трьом критеріям: висока поширеність в більшості популяцій, достовірний незалежний внесок у ризик розвитку ХНІЗ, зниження ризику розвитку ХНІЗ при контролі цих факторів. Фактори ризику поділяють на немодифіковані (вік, стать, генетична схильність) і модифіковані. Немодифіковані фактори використовують для стратифікації ризику (наприклад, чим старше вік, тим вище ризик розвитку ХНІЗ). Для цілей профілактики найбільший інтерес представляють модифіковані фактори, оскільки їх корекція призводить до зниження ризику ХНІЗ та їх ускладнень [15].

Високий АТ вважається першим з найважливіших факторів ризику ХНІЗ, на його частку припадає 13 % від загального числа випадків смерті в світі). Далі йдуть куріння (9 %), високий рівень глюкози в крові (6 %) і низька фізична активність (6 %). На частку надлишкової маси тіла та ожиріння припадає 5 % від загального числа випадків смерті в світі. Така ж частка в 5 % припадає на дисліпідемію (підвищений рівень загального холестерину в крові).

У великому міжнародному дослідженні (52 країни-учасниці) з вивчення факторів ризику, що асоціюються з інфарктом міокарда (INTERHEART), була вивчена роль дев'яти потенційно модифікованих факторів ризику: підвищений АТ, куріння, діабет, недостатнє споживання овочів і фруктів, низька фізична активність, споживання алкоголю, підвищений рівень ХС крові, психосоціальні фактори (табл. 2) [16].

Показано, що, асоційовані з ризиком інфаркту міокарда фактори ризику є загальними для всіх географічних регіонів і етнічних груп. В сукупності ці дев'ять факторів обумовлюють 90 % випадків розвитку інфаркту міокарду у чоловіків і 94 % у жінок. Отже, підходи до профілактики можуть бути засновані на одних і тих же принципах по всьому світу і мають потенціал, щоб запобігти більшості випадків передчасного інфаркту міокарда [16]. Модифікація факторів ризику повинна бути однаково ефективною для чоловіків і жінок різного віку, всіх географічних регіонів і всіх етнічних груп, що є наріжним каменем для профілактики серцево-судинних захворювань, незважаючи на відмінності в поширеності цих показників.

Основним фактором ризику ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань, які на 88 % визначають рівень смертності від хвороб системи кровообігу – головної причини смерті населення України, є артеріальна гіпертензія. Вона визначається у третини населення (36 %), частіше – серед чоловіків. Так, навіть у молодому віці (25-34 роки) підвищення АТ виявляють у кожного шостого чоловіка, в 35-44 роки – у кожного третього, а в 45-54 – у кожного другого. Серед жінок віком 25-34 роки артеріальна гіпертензія зафіксована у кожній двадцятої, в подальшому динаміка її поширеності аналогічна такій у чоловічій популяції [3, 9].

Вплив потенційно модифікованих факторів ризику на розвиток інфаркту міокарда (INTERHEART дослідження) (Стандартизоване дослідження випадок-контроль розвитку гострого інфаркту міокарда в 52 країнах, 15152 випадків і 14820 група контролю [16])

Група порівняння з наявним фактором ризику/антиризиком	Співвідношення шансів розвитку інфаркту міокарда в групах порівняння	Група порівняння без фактора
Куріння	в 2,87 рази більше	Ніколи не курили
Гіперхолестеринемія	в 3,25 рази більше	Нормальний рівень холестерину
Підвищений АТ	в 1,91 рази більше	Нормальний АТ
Гіперглікемія	в 2,37 рази більше	Нормальний рівень цукру в крові
Абдомінальне ожиріння	в 1,62 рази більше	Нормальна маса тіла
Психоемоційний стрес	в 2,67 рази більше	Особи без психоемоційного стресу
Щоденне вживання овочів та фруктів	в 0,7 рази менше	Відсутність щоденного вживання овочів та фруктів
Помірне вживання алкоголю	в 0,91 рази більше	Особи, які не вживають алкоголь
Регулярна та достатня фізична активність	в 0,86 рази менше	Відсутність регулярної фізичної активності

Серед факторів ризику, що аналізуються, найбільш поширеним у чоловіків (45 %) і найменше – у жінок (16 %) є куріння. З віком серед чоловіків поширеність цієї шкідливої звички істотно зменшується від 52 % у 18-24 роки до 31 % у 55-64 роки переважно внаслідок погіршення стану здоров'я та виникнення захворювань. Серед жінок найбільша поширеність куріння (28 %) у віковій групі 25-34 роки, а в подальшому частота його також знижується. Ризик смерті збільшується зі збільшенням числа викурених сигарет [5, 6].

За даними 25-річного моніторингу епідеміологічної ситуації серед чоловіків поширеність цієї шкідливої звички зменшилась від 50 до 45 %. При цьому середня кількість викурених за день цигарок залишається незмінною і досить високою (15,3±0,4 за добу) [6]. Серед жінок поширеність куріння зросла від 7 до 16 %, причому в усіх вікових групах. Жінки в середньому викурюють 8,4±0,5 цигарок на день. Проблема куріння жінок в Україні набуває актуальності, по-перше, через швидке зростання поширеності цієї шкідливої звички, а по-друге, через її значення у виникненні серцево-судинних захворювань [3, 6].

Серед факторів ризику, що потенційно модифікуються, одне з провідних місць займають надлишкова маса тіла та ожиріння. Чимало проспективних досліджень встановили незалежний внесок надмірної маси тіла на підвищення рівня АТ, захворюваність і смертність від серцево-судинних та інших хронічних неінфекційних захворювань. За результатами багатфакторного аналізу даних 26-річного Фремінгемського дослідження ожиріння є вагомим фактором ризику хвороб системи кровообігу як у чоловіків, так і в жінок [16].

Виклад основного матеріалу дослідження. Україні, як і більшості європейських країн, притаманна значна поширеність чинників ризику ХНІЗ, що призводить до поглиблення масштабів цієї епідемії, значних медико-соціальних втрат та економічних збитків. У рейтингу країн Європейського регіону ВООЗ Україна посідає четверте місце за величиною стандартизованих показників смертності населення працездатного віку внаслідок онкологічних хвороб, п'яте – за відповідним показником смертності від хвороб системи кровообігу та споживанням алкоголю на душу населення, дев'яте – за поширеністю куріння серед чоловіків [1]. Водночас за такими показниками здорового способу життя, як рівень фізичної активності, споживання овочів і фруктів на людину в день Україна посідає 32 місце серед європейських країн [2]. Тому в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання захворюваності на хвороби системи кровообігу – з 2512,2 випадків на 100 000 осіб населення у 1991 році до 4972,0 у 2013 р., тобто вдвічі, а їх поширеності – утричі, з 19 607,5 до 58 429,0 випадків на 100 000 осіб [3].

У 2012 р. в Україні нараховувалося 114,8 тис. дітей віком до 17 років з ожирінням. За даними національних вибірок, надмірну масу тіла мають 29,7 % українських жінок та 14,8 % чоловіків, ожиріння – 20,4 % та 11 % відповідно [3]. Значна поширеність вказаних чинників ризику обумовлена нездоровим харчовим раціоном, де переважають вуглеводи, та низькою фізичною активністю [115, 151].

АГ визначається в осіб з надлишковою масою тіла в 2,6 рази, а при наявності ожиріння – майже в 4 рази частіше, ніж із нормальною масою тіла [151]. Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 33 % у чоловіків і 27 % серед жінок. З віком незалежно від статі цей показник зростає. Кожний восьмий чоловік і кожна п'ята жінка, що мешкають у міській місцевості, страждають від ожиріння. Проблеми з вагою мають більше половини дорослого населення України, причому поширеність ожиріння серед жінок в 1,7 рази вища, ніж у чоловіків [1, 2, 3].

Проведені епідеміологічні дослідження переконливо довели наявність зв'язку між порушеннями ліпідного обміну та розвитком серцево-судинних захворювань. Серед осіб з нормальними значеннями загального холестерину (<5,2 ммоль/л) АГ виявляється у кожного четвертого (26 %), серед осіб з рівнем

від 5,2 до 6,2 ммоль/л – у кожного третього (34 %), а серед обстежених з вираженою гіперхолестеринемією ($\geq 6,2$ ммоль/л) – у кожного другого (55 %). Аналогічна залежність визначається і між рівнем тригліцеридів та частотою АГ. Остання вдвічі частіше реєструється в осіб з вираженою гіпертригліцеридемією ($\geq 2,3$ ммоль/л), ніж серед обстежених з нормальним рівнем тригліцеридів ($< 1,7$ ммоль/л) [14].

За результатами досліджень серед населення України визначається висока поширеність гіперхолестеринемії: відповідних профілактичних втручань потребують 37 % чоловіків і 50 % жінок, причому у 17 % чоловіків і 31 % жінок рівень загального холестерину в крові коливається від 5,2 до 6,2 ммоль/л, а у кожного п'ятого обстеженого незалежно від статі (20 % чоловіків і 19 % жінок) його вміст дорівнює або перевищує 6,2 ммоль/л. З віком в осіб обох статей частота гіперхолестеринемії поступово зростає: у пацієнтів віком 55-64 роки цей фактор ризику виявляють у 4 рази частіше, ніж серед осіб віком 18-24 роки [1, 3]. Серед можливих причин різких коливань смертності в Україні можна особливо виділити психічний стрес і алкоголь.

Україна у світовому рейтингу посідає одне з перших місць за показником споживання алкоголю на душу населення (15,6 л), поступаючись лише Молдові, Чехії, Угорщині та Російській Федерації. У 2012 р. наша держава посідала 3-тє місце у світі за обсягом спожитої горілки (0,35 млрд. л) після РФ (2,0 млрд. л горілки) та США (0,6 млрд. л). Як наслідок – від причин, пов'язаних з алкоголем, в Україні щорічно помирає понад 40 тис. осіб. Алкоголь спричиняє 30 % випадків передчасної смерті українських чоловіків. Впродовж року реєструється 8 тис. алкогольних отруєнь, приблизно 4 тис. гострих алкогольних психозів, 34,4 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 8 тис. кардіопатій [7, 14, 17].

Індустріалізація, урбанізація, транспорт обмежили фізичну активність навіть у країнах, що розвиваються, привівши до того, що велика частина населення сьогодні мають знижену фізичну активність. За експертними оцінками ВООЗ, фізична інертність є основною причиною близько 21-25 % випадків захворювань на рак молочної залози і товстої кишки, 27 % випадків захворювання на діабет і близько 30 % випадків захворювання ішемічної хвороби серця [14]. Більше третини (37 %) чоловіків і майже половина (48 %) жінок України ведуть малорухливий спосіб життя. З віком поширеність гіподинамії дещо зростає, але не істотно. Навіть у молодому віці (18-24 роки) рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки визначається як недостатній [7, 9]. Разом з тим, дослідження показали, що люди, які фізично активні протягом приблизно 7 годин на тиждень, мають на 40 % нижчий ризик ранньої смерті, ніж ті, які фізично активні менш ніж 30 хвилин на тиждень. За останні 25 років частота гіподинамії у популяції зросла вдвічі серед чоловіків і в 1,5 рази – серед жінок. Низькою є фізична активність і в школярів – понад 80 % з них здебільшого проводять день у сидячому положенні, а фізичним вправам приділяють менше 20 % добового часу [1, 9].

З метою комплексного підходу до вирішення проблеми ХНІЗ та зміцнення здоров'я населення ВООЗ була створена програма CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention), стратегія якої ґрунтується на таких принципах [13]:

- зниження індивідуального ризику (цей підхід спрямований на осіб з високим ризиком і передбачає формування здорового способу життя);
- зниження ризику в масштабах всього населення (цей підхід спрямований на соціальні детермінанти здоров'я і орієнтований на покращення соціально економічних умов життя та забезпечення доступності і якості медичної допомоги);
- ефективне використання медико-санітарних служб (цей підхід спрямований на забезпечення більш широких можливостей системи первинної медико-санітарної допомоги);
- надання реальних можливостей і умов для збереження і зміцнення здоров'я через партнерство і міжсекторальне співробітництво (цей підхід спрямований на мобілізацію ресурсів та сприяння розробці політики і програм зміцнення здоров'я).

Висновки. Таким чином, висока поширеність факторів ризику в популяції свідчить про несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо ХНІЗ у населення України, що потребує більш активного застосування методів профілактики та корекції наслідків цих захворювань в усіх вікових групах, особливо у молоді.

Перспективою подальших досліджень вбачаємо розробку та впровадження педагогічних, реабілітаційних та соціальних заходів, спрямованих на зниження факторів ризику, що викликають ХНІЗ.

Використані джерела

1. Горбась І. М. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань – реальний шлях поліпшення демографічної ситуації в Україні / І. М. Горбась // Укр. кардіол. журн. – 2009. – № 3. – С. 6-11.
2. Давиденко Н. В. Динаміка особливостей харчування та серцево-судинні захворювання (15-річне дослідження) [Електронний ресурс] / Н. В. Давиденко // Проблеми харчування. – 2006. – № 6. – Режим доступу: http://www.medved.kiev.ua/arh_nutr/art_2006/n06_3_3.htm
3. Дудник С. Чому і як хворіють українці? [Електронний ресурс] / С. Дудник // Ваше здоров'я. – 2014. – № 42-43. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/chomu-i-yak-xvoriyut-ukraïnci/>
4. Карташова С. С. Показники смертності як індикатори стану здоров'я / С. С. Карташова, О. І. Тимченко, Е. М. Омельченко // Укр. мед. альманах. – 2009. – Т. 12, № 2. – С. 82-84.
5. Контроль над тютюном в Україні: національний звіт. – К.: МОЗ України, 2009. – 127 с.

6. Красовський К. С. Проблеми тютюнопаління та його вплив на здоров'я населення / К. С. Красовський, А. А. Григоренко, С. М. Янченко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік. – К., 2011. – С. 115-123.
7. Медведовська Н. В. Загальні закономірності стану здоров'я населення України / Н. В. Медведовська, Б. П. Криштопа, А. С. Кутуза // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік. – К., 2011. – С. 34-41.
8. Москаленко В. Ф. Здоров'я та охорона здоров'я населення України: європейський вимір : атлас / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко, Т. С. Грузєва; за заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К. : Контраст, 2009. – 239 с.
9. Остафійчук Я. Ф. Методика формування валеологічних компетенцій у студентів медичних коледжів у процесі фізичного виховання / Я. Ф. Остафійчук // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вінниця : Ландо ЛТД, 2014. – Вип. 17. – С. 228-237.
10. План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями, 2012-2016 рр. : 61-а сесія Європейського регіонального комітету ВООЗ. – Копенгаген, 2012. – 39 с.
11. Принципи здорового харчування. Посібник для поліпшення якості роботи. – CINDI, Україна. – К., 2001. – 29 с.
12. Прогнозні оцінки смертності населення України / Л. А. Чепелевська, Г. І. Баторшина, О. В. Любінець, О. О. Ніжинська // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 59-63.
13. Профілактика неінфекційних захворювань. Рекомендації [Електронний ресурс]. – Москва, 2013. – 122 с. – Режим доступу: <http://www.webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/prevent.pdf>
14. Стан демографічної ситуації в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення / Л. А. Чепелевська, Ю. Б. Ященко, Н. Ю. Кондратюк [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 3. – С. 251-255.
15. A cross-validation of riskscores for coronary heart disease mortality based on data from the Glostrup Population Studies and Framingham Heart Study / T. F. Thomsen, D. McGee, M. Davidsen, T. Jorgensen // Int. J. Epidemiol. – 2002. – № 31. – P.817-22.
16. An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas / J. Marrugat, R. D'Agostino, L. Sullivan [et al.] // J. Epidemiol. Comm. Health. – 2003. – № 57. – P. 634-638.
17. Anti-Alcohol Campaign and Russia's Mortality Crisis / J. Bhattacharya, C. Gathmann, G. Miller [Elektronic resources] // The Gorbachev NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH. – Cambridge, December 2012. – Режим доступу: http://www.nber.org/papers/w18589.pdf?new_window=1

Golod N.

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES AS A DETERMINED PROMINENT FACTOR IN REDUCING HEALTH UKRAINIAN NATION

The article analyzes the structure of the world's and Ukraine's morbidity, determines risk factors common to main non-contagious diseases, scientifically substantiates causes of chronic non-contagious diseases and their influence on the demographic situation in Ukraine and the nation's health on the whole. It specifies the reasons which lead to spreading this epidemic, considerable medical and social losses and economic damages.

In the first decade of the 21st c., many European countries faced new challenges and threats to public health connected with demographic shifts, changes in pathology of prevailing type from contagious to non-contagious (as a result of antibiotic consumption), greater displays of unhealthy lifestyle, inequality in health status and health care between citizens of certain countries as well as between certain classes inside one country. Chronic non-contagious diseases include circulatory diseases, malignant tumors, chronic obstructive pulmonary diseases, diabetes and others. 60% of adults and almost 20% of children suffer from chronic pathology.

Chronic non-contagious diseases cause global social and economic losses among the population in many world countries, including Ukraine. They determine the rate of total mortality among the population of our country and mortality among the able-bodied citizens. The high rate of chronic non-contagious diseases in Ukraine makes it necessary to more actively apply methods of comprehensive approach to preventive measures, correction of consequences of these diseases in all age groups and among young people, in particular.

Key words: *chronic non-contagious diseases, risk factors, preventive measures, demographic state.*

Стаття надійшла до редакції 16.09.2016