ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК613:616–058(477–25)

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОБЛЕМИ

В. В. Кравченко, Н. М. Орлова, А. В. Кравченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Моніторинг стану здоров'я населення є основою для планування діяльності системи охорони здоров'я.

Мета: виявити сучасні тенденції та актуальні проблеми у стані здоров'я населення м. Києва на підставі результатів його комплексної оцінки у 2007–2016 рр.

Матеріали і методи. Аналіз стану здоров'я населення м. Києва здійснений за результатами його моніторингу впродовж 2007–2016 рр. на підставі матеріалів форм офіційної статистичної звітності із використанням медико-статистичного методу.

Результати дослідження засвідчили, що актуальними медико-демографічними проблемами у м. Києві є високий ступінь постаріння населення, регресивний тип вікової структури, висока смертність населення працездатного віку, яка обумовлює суттєве відставання столиці України від розвинених країн Європи за ключовим індикатором здоров'я — середньою очікуваною тривалістю життя. Хронічні неінфекційні хвороби (ХНІЗ) складають основу структури смертності, інвалідності та поширеності хвороб серед населення столиці. На протязі 2007–2016 рр. у м. Києві поширеність ХНІЗ зросла за всіма провідними класами хвороб за рахунок накопичення контингенту хронічних хворих. У столиці залишається напруженою ситуація і щодо соціально вагомих інфекційних захворювань (туберкульозу, ВІЛ/СНІДу).

Висновки. Для ефективної реалізації профілактичного напрямку діяльності системи охорони здоров'я у м. Києві, збільшення своєчасності та повноти виявлення захворювань, запо-

бігання формування їх ускладнень, передчасної смертності та інвалідності необхідним є удосконалення організації профілактичних оглядів та диспансерного спостереження за хворими у амбулаторно-поліклінічних закладах.

Ключові слова: стан здоров'я, населення м. Києва, тенденції, проблеми.

Вступ. Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я — збереження та зміцнення здоров'я населення, поліпшення якості медичної допомоги, розробка конкретних лікувальних і профілактичних заходів, форм і методів роботи окремих служб не можливі без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення [1].

Оцінка стану та тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для здійснення науково обґрунтованої управлінської діяльності у системі охорони здоров'я. Статистичні дані про стан здоров'я населення є основою планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм та методів роботи органів та закладів охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності щодо збереження здоров'я населення [1,2].

Моніторинг за станом здоров'я населення передбачає здійснення постійного динамічного спостереження із використанням комплексної інформації щодо медико-демографічної ситуації, захворюваності та інвалідності [3].

Мета дослідження: виявити основні тенденції та актуальні проблеми у стані здоров'я населення м. Києва на підставі результатів його комплексної оцінки у 2007–2016 рр.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження були статистичні дані Головного управління статистики у місті Києві, а також форми статистичної звітності МОЗ України (ф.№ 7, ф.№ 8, ф.№ 12, ф.№ 14, ф. № 19, ф. № 35) зведені по м. Києву за 2007–2016 рр.

Тенденції, властиві динаміці показників здоров'я населення виявлені на підставі вирівнювання динамічних рядів з використанням методу найменших квадратів. Взаємозв'язок показниками захворюваності та медико-організаційними чин-

никами визначався за допомогою парного коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Статистичний аналіз матеріалів дослідження виконаний з використанням пакета програм Excel Microsoft 7.0.

Результати дослідження. Аналіз медико-демографічної ситуації у м. Києві засвідчив, що чисельність постійного населення столиці на 1 січня 2016 року складала 2865,3 тисяч осіб та становила 6,7 % від кількості населення України. Київ, як і більшість столиць економічно розвинутих країн Європи, відноситься до міст із демографічно старим населенням, так як частка осіб у віці старше 60 років становить 20 % від чисельності населення. Питома вага осіб старше 50 років перевищує частку осіб у віці 0–14 років, що свідчить про регресивний тип вікової структури населення столиці.

Аналіз динаміки чисельності постійного населення столиці виявив її зростання, порівняно із 2015 роком, на 18,6 тисяч осіб, а за 10 років — на 188,5 тисяч. Дана тенденція обумовлена, як позитивним сальдо міграції, так і природним приростом населення.

Загальний коефіцієнт народжуваності у м. Києві на протязі 2007–2016 рр. зріс з 10,4 до 12,5 випадків на 1000 населення і починаючи з 2008 року його рівень перевищував значення загального коефіцієнта смертності, що забезпечувало природний приріст населення. Проте слід відмітити, що позитивна динаміка показників народжуваності та плідності (сумарний коефіцієнт плідності зріс з 1,17 у 2007 році до 1,57 у 2016 р.; на 34,2 %) не призвела до зміни типу відтворення населення у столиці, він залишився звуженим. У 2016 р. брутто та нетто коефіцієнти відтворення населення становили 0,75 та 0,74, відповідно (для простої заміни поколінь — стаціонарного типу відтворення, необхідно щоб значення даних показників складали 1,2 та 1,0, відповідно).

Аналіз динаміки загального коефіцієнта смертності засвідчив його зниження у м. Києві впродовж 2007–2011 рр. За цей період кількість померлих у розрахунку на 1000 населення скоротилась з 11,4 до 9,6. Починаючи з 2012 р., рівень загального коефіцієнта смертності почав зростати і на протязі 2015–2016 р. стабілізувався на значенні 10,5 випадків смерті на 1000 населення.

За рахунок вказаних тенденцій у народжуваності та смертності, у м. Києві починаючи з 2008 р. реєструвався позитивний природний приріст, який у 2016 р. становив 2,0 на 1000 населення.

Суттєве значення для визначення пріоритетів щодо можливостей запобігання смертності відіграє аналіз її причин. Слід також відмітити, що її структура (за умови відсутності повних та системних матеріалів щодо захворюваності населення) найкращим чином акумулює усю патологію населення.

Розподіл причин смерті населення м. Києва залишається досить стабільним. У 2016 р., як і попередні роки, у структурі причин смерті перше місце із питомою вагою 63,9 % посіли хвороби системи кровообігу (ХСК), друге — злоякісні новоутворення (ЗН) (17,2 %), третє — травми та отруєння (4,9 %), четверте — хвороби органів травлення (4,4 %), п'яте — хвороби органів дихання (2,4 %), шосте — інфекційні хвороби та паразитарні хвороби (1,5 %).

Таким чином, у м. Києві сформувався неепідемічний тип смертності населення: ХСК та ЗН складають понад 80 % у структурі причин смерті.

Однією з найбільш гострих проблем м. Києва, як і України в цілому, є висока смертність населення у працездатному віці. Щорічні втрати населення працездатного віку по місту складають 5–7 тисяч осіб. У 2016 році у працездатному віці померло 6427 осіб (20,9 % від усіх померлих, 34,6 % від померлих чоловіків та 9,9 % від померлих жінок).

У структурі причин смерті населення працездатного віку провідні місця обіймають хронічні неінфекційні захворювання. У 2016 р. питома вага хвороб системи кровообігу складала 37,7 %, злоякісних новоутворень — 17,0 %, хвороб органів травлення — 11,0 %. У м. Києві висока питома вага випадків смерті у працездатному віці від ендогенних та квазіендогенних причин (хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення) межує із значними частками випадків смерті від екзогенної патології (травми та отруєння (15,4 %), інфекційні та паразитарні хвороби (6,1 %), які на сьогодні є керованими причинами смерті, яким можна запобігти.

Одним із ключових індикаторів здоров'я населення, який віддзеркалює не тільки стан здоров'я дітей, а й їх батьків, а

також рівень соціально-економічного та санітарно-гігієнічного благополуччя у суспільстві, а також стан організації роботи системи охорони здоров'я, є смертність дітей у віці до 1-го року (немовлят). Аналіз смертності немовлят засвідчив, що динаміка даного ключового індикатора здоров'я населення впродовж 2007–2006 рр. характеризувалась стабільною тенденцію до зниження, а його рівень скоротився на 42,6 % (з 9,7 до 5,6 випадків на 1000 народжених живими). Стратегією розвитку м. Києва до 2025 року передбачено зниження смертності немовлят до 4,0 випадків на 1000 народжених живими [4].

Узагальнену оцінку смертності, незалежно від особливостей вікової структури населення, дає аналіз середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ). Аналіз динаміки СОТЖ у м. Києві впродовж 2007–2016 рр. засвідчив її зростання на 2,9 роки з 71,3 до 74,2 років. Тенденція до зростання СОТЖ була притаманна як для жіночого (на 2,2 роки), так і чоловічого населення (на 3,5 роки). Більш вагомий приріст СОТЖ у чоловіків скоротив гендерний розрив у значенні даного показника, але і у 2016 р. він залишався дуже вагомим: СОТЖ у чоловіків на 8,4 роки коротша, ніж у жінок. Як і у попередні роки СОТЖ, у столиці суттєво перевищувала значення даного показника в Україні (71,7 у 2016 р.). Але навіть у м. Києві СОТЖ є суттєво нижчою, ніж у країнах ЄС (80 років). Це пояснюється дуже високими показниками смертності серед чоловічого населення м. Києва та України, особливо — у працездатному віці, та більш високими, ніж у країнах ЄС, показниками смертності немовлят. Одним із завдань Стратегії розвитку м. Києва до 2025 року є збільшення тривалості життя киян до 79,8 років [4]. Виконати це завдання можливо за рахунок активізації профілактичної роботи, а також удосконалення організації медичної допомоги населенню столиці, у першу чергу, її амбулаторно-поліклінічної ланки, яка має найбільші важелі впливу на стан здоров'я населення.

Аналіз **захворюваності** населення м. Києва засвідчив, що у 2016 р. у столиці за даними звернень до амбулаторно-поліклінічних закладів було зареєстровано майже 6,7 млн. випадків захворювань, серед яких більше 2,5 млн. припадало на вперше виявлену патологію.

Рівень первинної захворюваності у м. Києві становив у 2016 р. 8684,4 випадки на 10 тис. всього населення. Значення показника у районах міста коливалось у межах від 5549,1 до 8823,8 захворювань на 10 тис. всього населення. Одним із чинників територіальної диференціації рівня захворюваності була забезпеченість населення районів міста лікарськими кадрами. Встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку середньої сили між кількістю зайнятих лікарських посад у амбулаторно-поліклінічних закладах району та рівнем первинної захворюваності ($r=0,64$, $p<0,05$). Слід відмітити, що забезпеченість лікарями більш вагомо впливала на первинне звернення з приводу захворювання. Кореляційний зв'язок між забезпеченістю лікарями та поширеністю хвороб був менш щільним ($r=0,4$, $p<0,05$).

У віковому розрізі найвищі рівні первинної захворюваності реєструвались серед дитячого населення (0–18 років) столиці — 14530,7 на 10 000 відповідного населення (2016 р.). Серед дорослого населення (18 років і старші) у 2016 р. зареєстровано 7209,2, захворювань на 10 000 відповідного населення.

Високі рівні захворюваності у дітей щороку були обумовлені хворобами органів дихання, які у 2016 р. у структурі складали 68,7 %. Питома вага інших класів хвороб була суттєво нижчою: травм — 7,8 %, хвороб шкіри та підшкірної клітковини — 4,3 %, хвороб вуха та соскоподібного відростка — 2,8 %, інфекційних і паразитарних хвороб — 2,4 %.

У структурі захворюваності дорослого населення м. Києва у 2016 р. також перше місце, але з меншою питомою вагою, ніж у дітей, обіймали хвороби органів дихання (37,4 %), друге — хвороби сечостатевої системи (11,3 %), третє — травми та отруєння (9,7 %), четверте — хвороби системи кровообігу (8,0 %), п'яте — хвороби ока та його придаткового апарату (5,3 %). Структурний розподіл первинної захворюваності дорослого населення, порівняно із 2007 р., практично не змінився. Питома вага перерахованих класів хвороб складала, відповідно, 34,0 %, 10,2 %, 9,8 %, 8,2 %, 5,4 %.

У структурі первинної захворюваності всього населення м. Києва перші п'ять рангових місць впродовж 2007–2016 рр. залишались незмінними: перше місце посідали хвороби орга-

нів дихання (47,9 % у 2016 р.), друге — травми (9,0 % у 2016 р.), третє — хвороби сечостатевої системи (8,1 % у 2016 р.), четверте — хвороби системи кровообігу (5,4 % у 2016 р.), п'яте — хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (3,9 % у 2016 р.).

Аналіз динаміки рівнів первинної захворюваності у м. Києві (Рис. 1.) виявив низхідні тренди серед всього населення та дорослого населення столиці (порівняно із 2007 р., рівні знизились на 6,6 % та 9,3 %, відповідно). Дану тенденцію можна пояснити неповною реєстрацією захворюваності у комунальних амбулаторно-поліклінічних закладах охорони здоров'я м. Києва за рахунок зниження доступності медичної допомоги та збільшення частки населення, яке у разі хвороби не звертається за медичною допомогою [5,6].

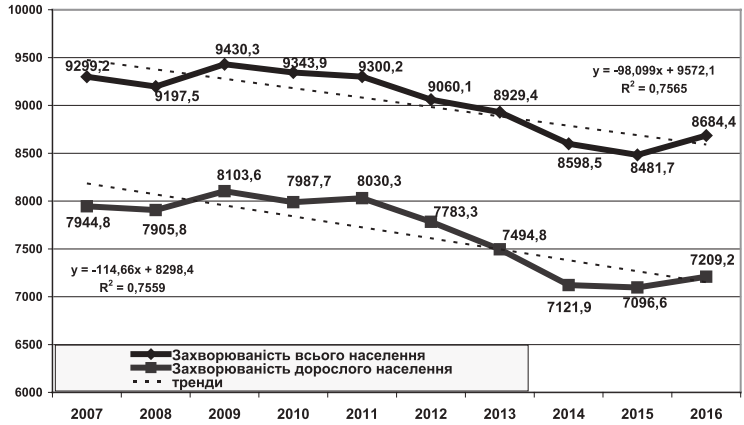

Рис. 1. Динаміка первинної захворюваність всього та дорослого населення у м. Києві у 2007–2016 рр. (рівні на 10 000 відповідного населення)

Особливе занепокоєння викликає виявлена тенденція до зниження частоти первинної реєстрації цукрового діабету (ЦД). За 10 років рівень захворюваності на ЦД знизився на 25,3 % (з 35,2 до 26,3 на 10 000 дорослого населення). Дана тенденція не співпадає з тенденцією притаманною для Європейського регіону [7] щодо зростання частоти виникнення даного за-

хворювання і може бути обумовлена неповнотою виявлення ЦД. Несвоєчасність виявлення ЦД підтверджує також те, що кожний п'ятий (21,7 %) випадок ЦД діагностується на такій стадії, коли вже виникли ускладнення.

Поширеність хвороб у м. Києві у 2016 р. складала 22938 випадків на 10 000 всього населення, 19456,9 — на 10 000 дитячого населення та 23816,3 — на 10 000 дорослого населення столиці.

У 2016 р. у структурі поширеності хвороб серед всього населення м. Києва перші п'ять місць посідали: хвороби системи кровообігу — 25,8 %, хвороби органів дихання — 22,5 %, хвороби органів травлення — 11,6 %, хвороби сечостатевої системи — 7,1 %, хвороби кістково-м'язової системи — 5,7 %. Структурний розподіл поширеності хвороб серед всього населення м. Києва був незмінний протягом усього періоду спостереження.

Структура поширеності хвороб серед дитячого населення також характеризувалась стабільністю у часі: у 2016 р., як і у попередні роки, більше половини захворювань зареєстрованих серед дітей складали хвороби органів дихання, з питомою вагою 54,4 %. Друге місце належало хворобам органів травлення (8,7 %). Наступні позиції посідали травми (5,9 %), хвороби ока та його придаткового апарату (4,7 %), хвороби кістково-м'язевої системи (4,2 %).

У структурі поширеності хвороб серед дорослого населення м. Києва у 2016 р. перше місце обіймали хвороби системи кровообігу (30,8 %), друге — хвороби органів дихання (16,0 %), третє — хвороби органів травлення (12,2 %), четверте — хвороби сечостатевої системи (8,1 %), п'яте — хвороби кістково-м'язевої системи (6,0 %). Структурний розподіл поширеності хвороб, порівняно із 2007 р., практично не змінився. Питома вага перерахованих класів хвороб складала, відповідно, 30,7 %, 16,7 %, 12,2 %, 7,6 %, 5,9 %.

Аналіз динаміки рівнів поширеності хвороб серед всього населення м. Києва виявив хвилеподібні коливання показників із максимальними рівнями у 2008 та 2013 роках і мінімальними значеннями у 2007, 2011 та 2015 роках. Поширеність хвороб серед дорослого населення м. Києва зростала з 2007 р.

до 2012 року, знижувалась впродовж 2013–2014 років та стабілізувалась починаючи з 2015 року. У 2016 році її рівень склав 23816,3 на 10 тис. дорослого населення.

Про накопичення хронічних захворювань серед дорослого населення м. Києва свідчить зменшення питомої ваги вперше зареєстрованих захворювань серед усіх хвороб з 33,8 % у 2007 р. до 30,3 % у 2016 р. та зростання індексу хронізації (накопичення хвороб) з 2,9 у 2007 р. до 3,3 у 2016 році.

На протязі 2007–2006 рр. у м. Києві поширеність хронічних неінфекційних хвороб (ХНІЗ) зросла за всіма провідними класами. Рівень поширеності хвороб ендокринної системи виріс за 10 років на 249,8, системи кровообігу на 131,2, новоутворень — на 127,2, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини — на 59,3, органів травлення — на 56,9 випадки захворювань на 10 000 дорослого населення.

Найбільшу соціально-медичну проблему серед усіх ХНІЗ у м. Києві, як і в Україні та Європейському регіоні в цілому, становлять хвороби системи кровообігу. Щороку у м. Києві серед дорослого населення реєструється 1,7 млн. випадків ХСК, у т.ч. понад 130 тисяч вперше у житті. Ця патологія обіймає перше місце у структурі поширеності хвороб серед дорослого населення м. Києва (з питомою вагою 30,8 % у 2016 р.) і четверте — у структурі первинної захворюваності (з питомою вагою — 8,0 % у 2016 р.).

У структурі захворюваності дорослого населення м. Києва на ХСК провідні місця у 2016 р., як і у попередні роки посідали гіпертонічна хвороба (ГХ) (39,8 %), ішемічна хвороба серця (ІХС) (31,4 %.) та цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) (14,9 %). У структурі поширеності ХСК їх питома вага складала у 2016 р. 53,3 %, 39,2 % та 14,9 %, відповідно.

Аналіз динаміки поширеності ХСК серед дорослого населення м. Києва засвідчив, що на протязі 2007–2016 років її рівні зросли на 131,2 випадків на 10 000 дорослого населення (з 7214,8 до 7346,0). Такі динамічні зміни за даним класом хвороб відбулись, у першу чергу, за рахунок ІХС, рівень якої за період спостереження зріс на 47,9 випадків (з 2781,0 до 2828,9) на 10 000 дорослого населення. Зростання поширеності ХСК та ІХС, зокрема, відбулось за рахунок накопичення континген-

ту хворих (індекс накопичення зріс за 10 років з 11 до 13), а не за рахунок збільшення частоти виявлення нових випадків ХСК (рівень первинної захворюваності знизився за період дослідження на 11,5 %).

Одним з найпоширеніших захворювань у м. Києві, як і в Україні в цілому, є АГ. Крім того, АГ є чинником ризику для інших ХСК. У осіб з високим артеріальним тиском у 3–4 рази частіше розвивається ішемічна хвороба серця і в 7 разів частіше — порушення мозкового кровообігу [8]. Тому своєчасне виявлення хворих на АГ та ефективний контроль артеріального тиску є важливим напрямком вторинної профілактики ХСК, запобігання передчасної смертності та інвалідизації населення.

Завдяки реалізації Національної програми по профілактиці та лікуванню АГ у м. Києві вдалось підвищити рівень виявлення АГ серед населення. На протязі 2007–2016 рр. поширеність АГ серед дорослого населення м. Києва стабільно становила 33,3 %, що відповідає даним спеціальних епідеміологічних досліджень ННЦ "Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска", проведених серед міського населення [9].

Виявлена тенденція до зниження поширеності ЦВХ у столиці (на 2 %, з 650,0 до 636,9 на 10 тис. дорослого населення) може бути позитивним наслідком підвищення контролю над АГ у м. Києві. Аналогічно можна пояснити тенденцію до зниження частоти інсультів та стабілізації частоти гострих інфарктів міокардів на протязі 2007–2016 рр.

Важливим методом активного спостереження за контингентом хворих на ХСК є диспансеризація. Саме від ефективності реалізації диспансерного спостереження залежить частота первинної інвалідизації та летальність хворих на ХСК. Показник повноти охоплення диспансерним спостереженням хворих на ХСК має наближатись до 100 %. У м. Києві у 2016 р. диспансерним спостереженням було охоплено лише 38,8 % хворих на ХСК, у т.ч. 60,8 % хворих на ГХ, 55,7 % на ІХС, 50,4 % — ЦВХ. Наведені показники свідчать про наявність істотних недоліків в організації диспансерного спостереження за хворими на ХСК та необхідність удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги для даного контингенту хворих.

Аналіз динаміки рівнів первинної захворюваності на ХСК засвідчив тенденцію до зниження на протязі 2007–2016 рр. частоти первинної реєстрації захворювань по класу в цілому, так і у розрізі усіх нозологічних форм. На нашу думку, дану тенденцію не слід інтерпретувати як наслідок успішної реалізації первинної профілактики ХСК. За останні 10 років знизилась первинна захворюваність за всіма класами хвороб, що може бути обумовлено зниженням повноти виявлення та реєстрації захворювань серед населення, у т.ч. за рахунок зниження доступності медичної допомоги та частоти звернень пацієнтів до амбулаторно-поліклінічних закладів.

Київ відноситься до адміністративних територій України, які мають стабільно вищі, ніж в середньому в Україні рівні захворюваності на ЗН. Моніторинг онкоепідемічної ситуації у столиці виявив несприятливі тенденції у динаміці захворюваності, смертності та інвалідності внаслідок ЗН у столиці. На протязі 2007–2016 р. захворюваність на ЗН зросла на 10 % з 334,2 до 367,7 на 100 000 населення (рис.2). Новоутворення вийшли на перше місце у структурі первинної інвалідності як дорослого населення та населення працездатного віку і продовжують обіймати друге місце у структурі причин смерті всього населення.

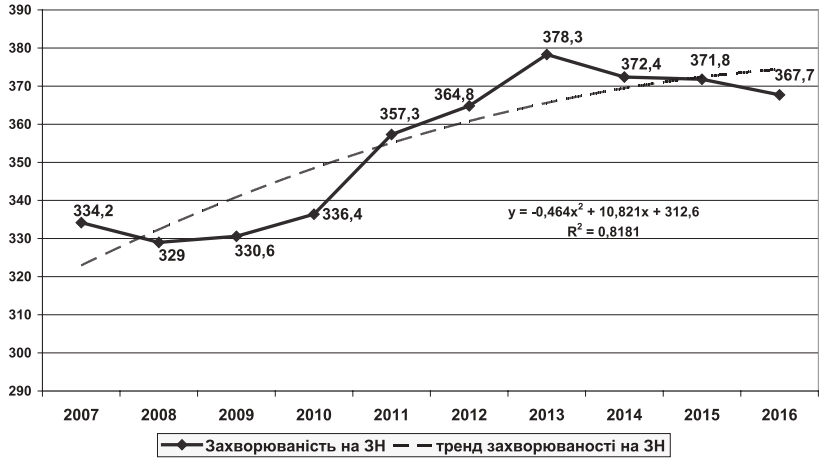

Рис. 2. Динаміка захворюваності населення м. Києва на злоякісні новоутворення у 2007–2016 рр. (рівні на 100 000 населення).

Провідними локалізаціями ЗН у структурі захворюваності на ЗН чоловіків є передміхурова залоза (13,8 %), шкіра (крім меланоми) (11,8 %), трахея, бронхи, легені (10,3 %), ободова кишка (8,5 %), шлунок (7,5 %), пряма кишка (5,7 %), сечовий міхур (5,3 %). У жінок: рак молочної залози (22,7 %), ЗН тіла, шийки матки і яєчника (18,4 %), ЗН шкіри (крім меланоми) (10,6 %), ободової кишки (7,5 %), щитовидної залози (5,8 %).

Аналіз динаміки частоти первинної реєстрації ЗН різних локалізацій із вирівнюванням динамічних рядів за методом найменших квадратів засвідчив, що впродовж 2007–2016 років серед жителів столиці сформувалась тенденція до зниження первинної захворюваності на рак шлунка, легень і до зростання захворюваності на рак молочної залози, шийки матки, тіла матки, шкіри, щитовидної залози, передміхурової залози, ободової кишки. Найвищий за 10 років абсолютний приріст кількості нових випадків ЗН на 100 тис. населення встановлений для раку молочної залози (13,9), простати (11,3), шкіри з меланомами включно (5,0), ободової кишки (4,4).

У м. Києві залишаються високими показники виявлення ЗН у занедбаних стадіях у випадках їх візуальної локалізації (у 2016 р. ротова порожнина — 25,2 %, молочна залоза — 15,5 %, пряма кишка — 12,7 %), а також показники дорічної летальності при ЗН легень (52,3 % у 2016 р.) шлунку (46,3 %), ротової порожнини (30,1 %), ободової (28,1 %), прямої (20,9 %) кишки, яєчників (23,5 %).

Встановлено, що чим більша частка ЗН виявляється активно у ході медичних оглядів, тим нижчими є показники занедбаності ($r=- 0,64$; $p<0,05$) та дорічної летальності ($r= - 0,93$; $p<0,05$), тобто медичні огляди є дієвою медико-організаційною технологією для своєчасного виявлення та подальшого ефективного лікування хворих на ЗН.

Основними напрямками підвищення своєчасності виявлення онкологічних захворювань серед жителів столиці має бути впровадження цільової диспансеризації населення, програм скринінгу ЗН, підвищення онкологічної настороженості у лікарів первинної ланки охорони здоров'я, доступності та якості діагностичних послуг, покращення оснащення консультативно-діагностичних центрів сучасним діагностичним устаткуванням.

Таким чином, для м. Києва характерним є неепідемічний тип патології: у структурі поширеності хвороб та смертності населення провідне значення відіграють хронічні неінфекційні захворювання. Але у той же час, епідемічна ситуація щодо таких соціально вагомих інфекційних захворювань, як туберкульоз та ВІЛ-інфекція/СНІД, у столиці залишається дуже напруженою. Впродовж 2007–2016 рр. захворюваність на туберкульоз дорослого населення м. Києва зросла на 13,4 % (з 49,2 до 55,6 на 100 тис. дорослого населення). Захворюваність на ВІЛ-інфекцію (рис. 3.) зросла на 26,7 % (з 43,4 до 55,0 на 100 тис. населення), на СНІД — на 87,8 % (з 9,8 до 18,4 на 100 тис. населення), смертність від СНІДу — більше ніж у 2 рази (3,2 до 6,9 100 тис. населення).

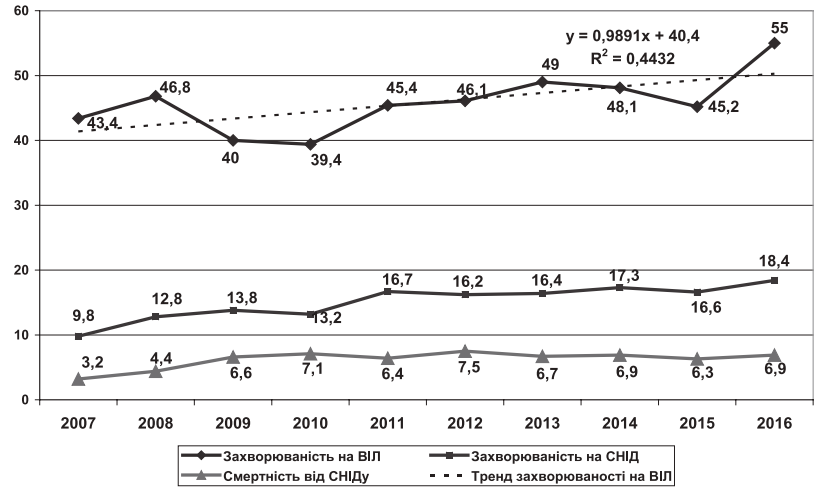

Рис. 3. Динаміка захворюваності на ВІЛ, СНІД, смертності від СНІДу у м. Києві у 2007–2016 рр. (рівні на 100 000 населення)

Важливим індикатором здоров'я на популяційному рівні є **інвалідність** населення.

Щороку у м. Києві понад 9 тисяч осіб у віці старше 18 років та більше 6 тисяч осіб у працездатному віці вперше у житті визнаються інвалідами (9316 та 6439 у 2016 р., відповідно). Рівень первинної інвалідності дорослого населення м. Києва

впродовж 2007–2016 рр. коливався у межах від 52,7 до 39,5 випадків на 10 тисяч відповідного населення із загальною тенденцією до зниження. Для рівня первинної інвалідності населення працездатного віку (НПВ) була притаманна хвилеподібна динаміка із максимальними значеннями показника у 2007 та 2011 роках (42,9 та 43,2 на 10 тис. НПВ, відповідно), і мінімальними у 2008 та 2014 роках (39,8 та 38,2, відповідно). У 2016 р. вперше у житті було визнано інвалідами 40,2 з 10 тис. дорослого населення та 39,5 з 10 тис. НПВ. Первинна інвалідність дорослого населення м. Києва у 2016 р. була на 86,0 % зумовлена інвалідністю внаслідок загального захворювання, а населення працездатного віку — на 82,2 %.

Впродовж 2007–2016 рр. відбулась трансформація структури причин первинної інвалідності, як дорослого населення м. Києва, так і НПВ. Якщо на початку періоду спостереження перше місце у структур інвалідизації даних контингентів населення належало хворобам системи кровообігу, то на сьогодні новоутворення відсунули їх на другу рейтингову позицію і становлять провідну причину інвалідності з питомою вагою 29,6 % у працездатному віці та 28,8 % серед дорослого населення у 2016 р. Питома вага ХСК у структурі первинної інвалідності у 2016 р. становила 22,3 % серед НПВ та 28,4 % серед дорослого населення. Третю позицію у структурі, як і у попередні роки, обіймали хвороби кістково-м'язової системи із питомою вагою 9,4 % та 10,0 %, відповідно.

Первинна інвалідність дитячого населення характеризувалась достатньо стабільними рівнями (2007 р. — 21,5, 2016 р. — 21,6 на 10 000 дитячого населення) та особливостями структурного розподілу: у 2016 р., як і у попередні роки, перше місце належало уродженим вадам розвитку деформаціям та хромосомним порушенням (25,4 %), друге — розладам психіки та поведінки (21,4 %), третє — хворобам нервової системи (10,6 %).

Висновки. Комплексний аналіз стану здоров'я населення у м. Києві засвідчив, що актуальними медико-демографічними проблемами столиці є високий ступінь демографічного постаріння населення, регресивний тип вікової структури, висока смертність населення працездатного віку, яка обумовлює сут-

тєве відставання столиці України від розвинених країн Європи за ключовим індикатором здоров'я — середньою очікуваною тривалістю життя.

Встановлено, що для м. Києва характерним є неепідемічний тип патології: у структурі загальної захворюваності, інвалідності, смертності провідне значення відіграють хронічні неінфекційні захворювання. Серед них найбільш актуальну проблему становлять хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення, питома вага, яких у структурі смертності складає 63,9 % та 17,2 %, відповідно, а у структурі первинної інвалідності дорослого населення — 22,3 % та 29,6 %, відповідно.

Показано, що впродовж 2007–2016 рр. у м. Києві поширеність хронічних неінфекційних хвороб зросла за всіма провідними класами хвороб за рахунок накопичення контингенту хронічних хворих. Рівень поширеності хвороб ендокринної системи виріс за 10 років на 249,8, системи кровообігу на 131,2, хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини — на 59,3, органів травлення — на 56,9 випадки захворювань на 10 тисяч дорослого населення. За цей же період, рівні первинної захворюваності серед дорослого населення м. Києва знизились за всіма перерахованими класами хвороб. Дана тенденція свідчить про необхідність удосконалення організації амбулаторно-поліклінічної допомоги киянам, підвищення її доступності та якості для забезпечення повного та своєчасного виявлення хронічних неінфекційних хвороб як важливої складової їх вторинної профілактики.

Моніторинг онкоепідемічної ситуації у столиці виявив несприятливі тенденції у динаміці захворюваності, смертності та інвалідності внаслідок ЗН у столиці. На протязі 2007–2016 р. захворюваність на ЗН зросла на 10 % з 334,2 до 367,7 на 100 000 населення. Найбільш несприятливі тренди встановлені для захворюваності на рак молочної залози, шийки матки, тіла матки, шкіри, щитовидної залози, передміхурової залози, ободової кишки.

Встановлено, що у столиці залишається напруженою ситуація і щодо соціально вагомих інфекційних захворювань. Впродовж 2007–2016 рр. захворюваність на туберкульоз дорослого населення м. Києва зросла на 13,4 % (з 49,2 до 55,6

на 100 тис. дорослого населення). Захворюваність на ВІЛ-інфекцію зросла на 26,7 % (з 43,4 до 55,0 на 100 тис. населення), на СНІД — на 87,8 % (з 9,8 до 18,4 на 100 тис. населення).

Неефективною є існуюча система організації профілактичних оглядів, що засвідчує надзвичайно низька питома вага хворих на рак легенів (6,7 %) та туберкульоз (27,0 %) виявлених при профілактичних оглядах, висока частка злоякісних новоутворень виявлених у занедбаних стадіях (у т.ч. візуальних локалізацій: ротової порожнини — 25,2 %, молочної залози — 15,5 %, прямої кишки — 12,7 %), зниження частоти первинної діагностики цукрового діабету, та первинна реєстрація кожного його п'ятого випадку ЦД (21,7 %) на такій стадії, коли вже виникли ускладнення.

Потребує удосконалення організація диспансерного спостереження за хворими: у 2016 р. диспансерним спостереженням у м. Києві було охоплено тільки 38,8 % хворих на ХСК, у т.ч. 60,8 % хворих на ГХ; 55,7 % — на ІХС, 50,4 % — на ЦВХ.

Таким чином, для ефективної реалізації профілактичного напрямку діяльності системи охорони здоров'я у м. Києві, збільшення своєчасності та повноти виявлення захворювань, запобігання формування їх ускладнень, передчасної смертності та інвалідності необхідним є удосконалення організації профілактичних оглядів та диспансерного спостереження за хворими у амбулаторно-поліклінічних закладах.

Перспектива подальших досліджень полягає в обґрунтуванні концептуальних напрямів удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню та розробці оптимізованої функціонально-організаційної моделі консультативно-діагностичного центру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». — Київ, 2017. — 516 с.
2. Орлова Н. М. Регіональна система охорони здоров'я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики/ Н. М. Орлова. — К., 2010. — 184 с.
3. Орлова Н. М. Методологія комплексного медико-соціального аналізу регіональних особливостей стану здоров'я населення / Н. М. Орлова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. — 2013. — Вип. 22(4). — С. 198–204.
4. Стратегія розвитку м. Києва до 2025. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://dei.kievcity.gov.ua/files/docs/Kyiv-strategy-2025.pdf

5. Індекс здоров'я. Україна — 2016. Результати загальнонаціонального дослідження. — Київ, 2016. — 165 с.
6. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році. Держстат України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: ttps://ukrstat.org/uk/druk/publicat/kat_u/publdomogosp_u.htm
7. Diabetes in Europe: an update. Tamayo T., Rosenbauer J., Wild S.H. [et al.] .//Diabetes Res Clin Pract. — 2014. — № 103(2). — P. 206–217.
8. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. — К.: ПП ВМБ; 2008. — 80 с.
9. Стрес і хвороби системи кровообігу/ Під. ред. В. М. Коваленка і В. М. Корнацького. — Київ, 2015. — 355 с.

Состояние здоровья населения г. Киева: современные тенденции и проблемы

В. В. Кравченко, Н. М. Орлова, А. В. Кравченко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

Введение. Мониторинг состояния здоровья населения является основой для планирования деятельности системы здравоохранения.

Цель: выявить современные тенденции и актуальные проблемы в состоянии здоровья населения г. Киева на основании результатов его комплексной оценки в 2007–2016 гг.

Материалы и методы. Анализ состояния здоровья населения г. Киева осуществлен по результатам его мониторинга в течение 2007–2016 гг. на основании материалов официальной статистической отчетности с использованием медико-статистического метода.

Результаты исследования показали, что актуальными медико-демографическими проблемами г. Киева является высокая степень постарения населения, регрессивный тип возрастной структуры, высокая смертность населения трудоспособного возраста, которая обусловливает существенное отставание столицы Украины от развитых стран Европы по ключевому индикатору здоровья — средней продолжительности предстоящей жизни. Хронические неинфекционные болезни (ХНИЗ) составляют основу структуры смертности, инвалидности и распространенности болезней среди населения столицы. На протяжении 2007–2016 гг. распространенность ХНИЗ выросла по всем ведущим классам заболеваний за счет

накопления контингента хронических больных. Остается напряженной ситуация и относительно социально значимых инфекционных заболеваний (туберкулеза, ВИЧ / СПИДа).

Выводы. Для эффективной реализации профилактического направления деятельности системы здравоохранения г. Киева, увеличения своевременности и полноты выявления заболеваний, предотвращения формирования их осложнений, преждевременной смертности и инвалидности необходимо усовершенствовать организацию профилактических осмотров и диспансерного наблюдения за больными в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Ключевые слова: состояние здоровья, население г. Киева, тенденции, проблемы.

Population's health in Kyiv: modern trends and problems

V. V. Kravchenko, N. M. Orlova, A. V. Kravchenko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. Monitoring of the population's health is the basis for planning in the health care system planning.

Purpose: to identify the modern trends and current problems in population's health in Kyiv based on the results of its comprehensive assessment during 2007–2016.

Materials and methods. The assessment of the health status of the population of Kyiv was based on the results of its monitoring during 2007–2016. The medical-statistical method was used.

Results. According to the results, current medical and demographic problems in Kiev are as following: the high level of population aging, the regressive type of age structure, the high mortality of the working-age population. Such problems cause a significant decrease of the average life expectancy, which is a key indicator of health,in the capital of Ukraine if compared to the developed countries of Europe.Chronic non-communicable diseases (CNCD) are considered to be the leading cause of mortality, disability and prevalence of diseases among the capital's population. During 2007–2016 in Kyiv the prevalence of CNCD increased in all main classes of diseases due to the accumulation

of a contingent of chronic patients. The situation remains relatively tense in relation to socially significant infectious diseases (tuberculosis, HIV / AIDS).

Conclusions. There is necessary to improve the organization of preventive medical examinations and dispensary observation of patients for increasing the effectiveness of preventive measures in Kyiv outpatient clinics, for the timeliness and completeness of diagnosis and preventing complications of the diseases as well as premature mortality and disability.

Key words: health, Kyiv population, trends, problems.

Відомості про авторів:

Кравченко Василь Віталійович — заслужений лікар України, кандидат медичних наук, докторант кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Орлова Наталія Михайлівна — доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Кравченко Анна Василівна — аспірант кафедри стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.